



LIVRO CONTROLE RASTREABILIDADE DO USO DE CONTRASTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data da ADM: ____/____/____ **Data do Exame:** ____/____/____

COLE A ETIQUETA AQUI

RASTREABILIDADE
Local de Punção: _____

Calibre do Acesso: _____

Solução Administrada: _____

Volume Administrado: _____

Lote: _____

Validade: ____/____/____

Intercorrências: () Não () Sim:

Carimbo E Assinatura Do Responsável Pela Administração
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data da ADM: ____/____/____ **Data do Exame:** ____/____/____

COLE A ETIQUETA AQUI

RASTREABILIDADE
Local de Punção: _____

Calibre do Acesso: _____

Solução Administrada: _____

Volume Administrado: _____

Lote: _____

Validade: ____/____/____

Intercorrências: () Não () Sim:

Carimbo E Assinatura Do Responsável Pela Administração

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data da ADM: ____/____/____ **Data do Exame:** ____/____/____

COLE A ETIQUETA AQUI

RASTREABILIDADE
Local de Punção: _____

Calibre do Acesso: _____

Solução Administrada: _____

Volume Administrado: _____

Lote: _____

Validade: ____/____/____

Intercorrências: () Não () Sim:

Carimbo E Assinatura Do Responsável Pela Administração
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data da ADM: ____/____/____ **Data do Exame:** ____/____/____

COLE A ETIQUETA AQUI

RASTREABILIDADE
Local de Punção: _____

Calibre do Acesso: _____

Solução Administrada: _____

Volume Administrado: _____

Lote: _____

Validade: ____/____/____

Intercorrências: () Não () Sim:

Carimbo E Assinatura Do Responsável Pela Administração