

CONTROLE DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS CONSIGNADOS		
Tipo de Material: () Material Consignado () Material Particular/Médico () Material Próprio do Hospital		
Nome da Empresa: _____		Contagem: _____
Identificação da Caixa: _____		
Nome do Cirurgião: _____		
Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		Data da Cirurgia: ____/____/____
Ciclo/Carga: _____	Autoclave: _____	Lote: _____
Preparado por: _____		Esterilizado por: _____
Data: ____/____/____		Validade: ____/____/____
CENTRO CIRÚRGICO		
Contagem ao Abrir: _____		Contagem Final: _____
Sala: _____	Circulante: _____	Instrumentador: _____

CONTROLE DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS CONSIGNADOS		
Tipo de Material: () Material Consignado () Material Particular/Médico () Material Próprio do Hospital		
Nome da Empresa: _____		Contagem: _____
Identificação da Caixa: _____		
Nome do Cirurgião: _____		
Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		Data da Cirurgia: ____/____/____
Ciclo/Carga: _____	Autoclave: _____	Lote: _____
Preparado por: _____		Esterilizado por: _____
Data: ____/____/____		Validade: ____/____/____
CENTRO CIRÚRGICO		
Contagem ao Abrir: _____		Contagem Final: _____
Sala: _____	Circulante: _____	Instrumentador: _____

CONTROLE DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS CONSIGNADOS		
Tipo de Material: () Material Consignado () Material Particular/Médico () Material Próprio do Hospital		
Nome da Empresa: _____		Contagem: _____
Identificação da Caixa: _____		
Nome do Cirurgião: _____		
Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		Data da Cirurgia: ____/____/____
Ciclo/Carga: _____	Autoclave: _____	Lote: _____
Preparado por: _____		Esterilizado por: _____
Data: ____/____/____		Validade: ____/____/____
CENTRO CIRÚRGICO		
Contagem ao Abrir: _____		Contagem Final: _____
Sala: _____	Circulante: _____	Instrumentador: _____

CONTROLE DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS CONSIGNADOS		
Tipo de Material: () Material Consignado () Material Particular/Médico () Material Próprio do Hospital		
Nome da Empresa: _____		Contagem: _____
Identificação da Caixa: _____		
Nome do Cirurgião: _____		
Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		Data da Cirurgia: ____/____/____
Ciclo/Carga: _____	Autoclave: _____	Lote: _____
Preparado por: _____		Esterilizado por: _____
Data: ____/____/____		Validade: ____/____/____
CENTRO CIRÚRGICO		
Contagem ao Abrir: _____		Contagem Final: _____
Sala: _____	Circulante: _____	Instrumentador: _____

CONTROLE DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS CONSIGNADOS		
Tipo de Material: () Material Consignado () Material Particular/Médico () Material Próprio do Hospital		
Nome da Empresa: _____		Contagem: _____
Identificação da Caixa: _____		
Nome do Cirurgião: _____		
Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		Data da Cirurgia: ____/____/____
Ciclo/Carga: _____	Autoclave: _____	Lote: _____
Preparado por: _____		Esterilizado por: _____
Data: ____/____/____		Validade: ____/____/____
CENTRO CIRÚRGICO		
Contagem ao Abrir: _____		Contagem Final: _____
Sala: _____	Circulante: _____	Instrumentador: _____

CONTROLE DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS CONSIGNADOS		
Tipo de Material: () Material Consignado () Material Particular/Médico () Material Próprio do Hospital		
Nome da Empresa: _____		Contagem: _____
Identificação da Caixa: _____		
Nome do Cirurgião: _____		
Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		Data da Cirurgia: ____/____/____
Ciclo/Carga: _____	Autoclave: _____	Lote: _____
Preparado por: _____		Esterilizado por: _____
Data: ____/____/____		Validade: ____/____/____
CENTRO CIRÚRGICO		
Contagem ao Abrir: _____		Contagem Final: _____
Sala: _____	Circulante: _____	Instrumentador: _____