



# **LIVRO CONTROLE DE DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**
**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Procedimento:** ☐ Endoscopia ☐ Colonoscopia ☐ Uretero ☐ Ginecologia ☐ Broncoscópio

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Sala:** \_\_\_\_\_ **Número de Série do Aparelho:** \_\_\_\_\_

**Limpeza com detergente Enzimático:** ☐ Sim ☐ Não

**Solução Utilizada:** ☐ Cidex ☐ Ácido Peracético

**HORA DA IMERSÃO:** **Início:** \_\_\_\_:\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Carimbo E Assinatura Do Responsável**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**
**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Procedimento:** ☐ Endoscopia ☐ Colonoscopia ☐ Uretero ☐ Ginecologia ☐ Broncoscópio

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Sala:** \_\_\_\_\_ **Número de Série do Aparelho:** \_\_\_\_\_

**Limpeza com detergente Enzimático:** ☐ Sim ☐ Não

**Solução Utilizada:** ☐ Cidex ☐ Ácido Peracético

**HORA DA IMERSÃO:** **Início:** \_\_\_\_:\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Carimbo E Assinatura Do Responsável**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**
**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Procedimento:** ☐ Endoscopia ☐ Colonoscopia ☐ Uretero ☐ Ginecologia ☐ Broncoscópio

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Sala:** \_\_\_\_\_ **Número de Série do Aparelho:** \_\_\_\_\_

**Limpeza com detergente Enzimático:** ☐ Sim ☐ Não

**Solução Utilizada:** ☐ Cidex ☐ Ácido Peracético

**HORA DA IMERSÃO:** **Início:** \_\_\_\_:\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Carimbo E Assinatura Do Responsável**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Procedimento: ☐ Endoscopia ☐ Colonoscopia ☐ Uretero ☐ Ginecologia ☐ Broncoscópio

Médico: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_ Número de Série do Aparelho: \_\_\_\_\_

Limpeza com detergente Enzimático: ☐ Sim ☐ Não

Solução Utilizada: ☐ Cidex ☐ Ácido Peracético

HORA DA IMERSÃO: Início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Carimbo E Assinatura Do Responsável

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Procedimento: ☐ Endoscopia ☐ Colonoscopia ☐ Uretero ☐ Ginecologia ☐ Broncoscópio

Médico: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_ Número de Série do Aparelho: \_\_\_\_\_

Limpeza com detergente Enzimático: ☐ Sim ☐ Não

Solução Utilizada: ☐ Cidex ☐ Ácido Peracético

HORA DA IMERSÃO: Início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Carimbo E Assinatura Do Responsável

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Procedimento: ☐ Endoscopia ☐ Colonoscopia ☐ Uretero ☐ Ginecologia ☐ Broncoscópio

Médico: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_ Número de Série do Aparelho: \_\_\_\_\_

Limpeza com detergente Enzimático: ☐ Sim ☐ Não

Solução Utilizada: ☐ Cidex ☐ Ácido Peracético

HORA DA IMERSÃO: Início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Carimbo E Assinatura Do Responsável