

1. Data: ____/____/____

2. Dispositivo: () Carro de Parada () Maleta de Transporte

3. Setor: _____

4. Completude do Dispositivo: () Conforme () Não Conforme

5. Motivo da abertura: () Intercorrência do paciente () Outros: _____

6. Nome completo do paciente: _____

7. Itens utilizados a serem repostos:

8. Numeração dos Lacres:

Lacre Retirado: _____ Lacre Reposto: _____

9. Enfermeiro responsável pela abertura e reposição:

Nome Legível e carimbo: _____

10. Farmacêutico responsável pela dispensação:

Nome Legível e carimbo: _____