

Formulário de Rotinas e Protocolos do Setor de Tomografia / Ressonância Magnética / Hemodinâmica

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE TOMOGRAFIA/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Razão Social:			
Nome de Fantasia:			
Atividade:		CNPJ:	
Endereço:			N°
Município:		Estado: GO	CEP:
Email do Serviço:			
Fone:		Fax:	Cel:
Responsável Técnico:		CRM:	
Serviço: intra-hospitalar () extra-hospitalar ()		Nome:	

LISTA DOS PROFISSIONAIS

NOME / FORMAÇÃO / ATIVIDADE(S)

IDENTIFICAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

Tomógrafo/Ressonância Magnética/Hemodinâmica:
Marca/Modelo:
Software:
Monitor:
Impressora:
Empresa de Manutenção:
Tomógrafo/Ressonância Magnética/Hemodinâmica:
Marca/Modelo:
Software:
Monitor:
Impressora:
Empresa de Manutenção:

DESCRIÇÃO SALAS/AMBIENTES DO SETOR DE TOMOGRAFIA/ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

*Possui sala de Recuperação Pós Anestésica - RPA? SIM () NÃO ()
**A sala de RPA encontra-se anexa à sala de exames? SIM () NÃO () ONDE?

**Formulário de Rotinas e Protocolos do Setor de Tomografia /
Ressonância Magnética / Hemodinâmica**

RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE SUPORTE À VIDA	
EQUIPAMENTOS / MATERIAIS	

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE SUPORTE À VIDA	
*Nome/formação do responsável pela medicação inclusive pelo controle do prazo de validade:	

TIPOS DE EXAMES/PROCEDIMENTOS REALIZADOS	

REALIZA EXAMES:	
1. Com sedação ? ()	2. Com anestesia? ()
3. Com contraste? ()	4. Pediátrico? ()

