



**FORMULÁRIO DE
CONTROLE DA
ENFERMAGEM PARA
ADMINISTRAÇÃO DE
ÓXIDO NÍTRICO**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

FORM.DT.026

ATENÇÃO: PREENCHER DE 1/1 HORA (1 FOLHA POR DIA)

DATA DE HOJE: ____/____/20____

TROCA: solicitar troca sempre que o cilindro dentro da marcação 0 (zero) kpi

Foi necessário substituir o cilindro durante este dia? () não () sim. Horário da Troca: ____:____ hs

HORÁRIO (HORAS)	CONCENTRAÇÃO DE ÓXIDO NÍTRICO administrada (PPM)	FLUXO de entrega do óxido nítrico (Litros/Minuto) * bolinha preta	Fração Inspirada de Oxigênio no Ventilador (FiO2)	PRESSÃO DO GÁS no cilindro (em kpi – valor em vermelho)	Mensuração do NO2 (PPM) *acima de 2, comunicar ao pediatra
7					
8					
9					
10					
11					
12					
<i>Assinatura e carimbo do técnico responsável</i>					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
<i>Assinatura e carimbo do técnico responsável</i>					
19					
20					
21					
22					
23					
00					
01					
02					
03					
04					
05					
06					
<i>Assinatura e carimbo do técnico responsável</i>					