

SUGESTÃO PARA CHECK LIST DO DEA
Desfibrilador Externo Automático

Cidade/ Local/ Empresa: _____

Marca e modelo do DEA: _____

Rotina - Aparelho DEA	Ok/não	Ação Corretiva/Observação
Está guardado corretamente?		
Limpo sem obstrução de objetos?		
Gabinete intacto e sem danos?		
Cabos/conectores no lugar e não expirados?		
Bateria com carga completa no lugar?		
Bateria reserva carregada presente?		
Condições das luzes de serviço ok?		
Tem alarme?		
Ligar força/autoteste		
Acessórios		
Dois conjuntos de pás de eletrodos		
Verificar a data de expiração nos conjuntos de pás		
Lâmina de barbear		
Tesoura		
Luvas de procedimentos		
Toalha		
Máscara de ressuscitação ou protetor facial		

Data da Inspeção: _____

Inspecionado por: _____

Assinatura: _____