**ACTA DE APERTURA CARRO DE PARO No:**

**Servicio de Consulta Externa Unidad de Salud**

**Fecha:** **Hora:**

|  |
| --- |
| En la fecha y hora establecidas, La auxiliar de enfermería, realiza revisión del inventario del carro de paro después de haber sido abierto para revisión rutinaria       , o post activación de código azul del usuario :       No Identificación:       Edad:      Diagnostico:      Asegurador y/o Entidad: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Medicamentos y/o insumos usados (Diligenciar solo en caso de apertura por código azul):** | | | |
| Nombre | Fecha de Vencimiento | Lote | Cantidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II. Medicamentos y/o insumos a vencerse en 3 meses (Se entregan a farmacia para su cambio):** | | | |
| Nombre | Fecha de Vencimiento | Lote | Cantidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **III. Observaciones y/o novedades:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. Funcionamiento de Equipos (Revisar en cada turno)** | | | |
| Equipo | Observaciones (fecha de ultimo mantenimiento, estado actual de los equipos y varios) | SI | NO |
| 1. Laringoscopio (con pilas al interior y de repuesto, además todas sus hojas dan luz de buena intensidad) |  |  |  |
| 2.Defibrilador (Conectado a CA, carga y descarga) |  |  |  |
| 3. Bala de oxigeno funcional. |  |  |  |
| 4. Fonendoscopio |  |  |  |
| 5. Tensiómetro |  |  |  |
| 6. Glucómetro |  |  |  |
| 7.Succionador (cauchos, receptar y conectado a toma de C/A) |  |  |  |
| 8. Balón de resucitación auto inflable (AMBU y máscaras faciales con sus respectivos acoples). |  |  |  |

Semaforización externa del carro de paro:

|  |
| --- |
| **VERDE** |
|  |

|  |
| --- |
| **AMARILLO** |
|  |

|  |
| --- |
| **ROJO** |
|  |

Firma y sello auxiliar de enfermería responsable:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_