

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES

CHECK LIST

Unidade/ Município:			Mês:		
ITEM	AÇÃO	DATA	RESPONSÁVEL	DATA	RESPONSÁVEL
1.	LIMPEZA CÂMARA DE REFRIGERAÇÃO				
2.	LIMPEZA TERMINAL DA SALA				
3.	TESTE BATERIA CÂMARA DE REFRIGERAÇÃO				
4.	MANUTENÇÃO PREVENTIVA AR CONDICIONADO				
5.	MANUTENÇÃO PREVENTIVA CÂMARA DE REFRIGERAÇÃO				
ITEM	AÇÃO	FEITO	RESPONSÁVEL	PRÓXIMA	RESPONSÁVEL
6.	TROCA PILHAS TERMÔMETROS				
OBS.:					
VACINADORA (OR):			ENFERMEIRA (O):		