



Delegação de Competência para a Prática da Desfibrilhação Automática Externa por Não Médicos

(a) _____, médico inscrito na Secção Regional do _____ da Ordem dos Médicos com a cédula profissional nº _____, na qualidade de responsável pelo programa de Desfibrilhação Automática Externa

(b) _____, declara que delega a competência para desfibrilhar em

(c) _____ uma vez que reconhece que possui a formação necessária e creditada e que é competente para, em situações de paragem cardio-respiratória devidamente identificadas, exercer a prática do ato de desfibrilhar, operando com equipamentos desfibriladores automáticos externos, e cumprindo as recomendações e normas estabelecidas para a utilização de desfibriladores por não médicos.

(c) _____, declara que, tendo frequentado com aprovação curso creditado de suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa em __/__/____, aceita a delegação da competência para desfibrilhar que lhe é concedida, comprometendo-se a operar em segurança com desfibrilhador automático externo em situações de paragem cardio-respiratória, atuando no âmbito do programa de desfibrilhação automática externa acima identificado e cumprindo todas as orientações nele previstas.

Esta declaração é válida se acompanhada por um certificado de formação válido.

Local e data _____ __/__/_____

Médico Responsável

Operacional de DAE

(a) - Identificação do Médico Responsável pelo Programa de DAE

(b) - Designação do Programa de DAE

(c) - Identificação do Operacional de DAE

NOTA: Deste documento deverão ser assinadas 2 cópias: uma deverá ficar arquivada junto da documentação do Programa de DAE e a outra entregue ao operacional de DAE