



## RELATÓRIO SEMESTRAL PDAE LICENCIADO

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

ENTIDADE PROMOTORA	
DATA (de elaboração)	
SEMESTRE E ANO (a que se refere)	
NOME (de quem elabora)	

### 2. IDENTIFICAÇÃO DOS PROGRAMAS:

Nome Programa	N.º Certificado	Horário Funcionamento	N.º ODAE	N.º Equipamentos DAE	Médico Responsável

### 3. REGISTO DE CASOS E CONTROLO DE QUALIDADE:

Programa/N.º Certificado	N.º Cumulativo de Casos registados por Programa desde o início	N.º de casos registados por Programa nos últimos 6 meses	Total de Fichas de PCR inseridas no RNPCR-PH	N.º Casos com choque auditados	N.º Casos sem choque auditados	Total de Casos auditados



## 4. RESULTADOS DE CONTROLO DE QUALIDADE:

Programa/Nº Certificado	Prestação Adequada	Prestação com pontos a corrigir	Prestação com advertência	Suspensão

## 5. PROBLEMAS DETETADOS:

Programa/Nº Certificado	Tipo de problema	Resolução tentada e data	Resolvido (sim/não)	Observações relevantes

## 6. MANUTENÇÃO DE BOLSA DE ODAE

Programa/Nº Certificado	Total ODAE com recertificação atualizada	Total ODAE a necessitar recertificação	Planeada recertificação (sim/não)/ se sim quando



## Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa


### 7. OBSERVAÇÕES (Outros assuntos que não tenham enquadramento nos itens anteriores)


\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

O Médico Responsável,

\_\_\_\_\_  
(Dr.(a) \_\_\_\_\_ )