RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS

Boletim para aferição de vazão de Nebulizador(es) Motorizado(s) Portátil(eis)

SUS | DIVE Diretoria de Vigilância Epidemiológica | SUV Superintendência de Vigilância em Saúde | GOVERNO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DA SAÚDE

Marca	Modelo	Dosador (cor ou nº)	Volume aspergido					Tempo (min)	Vazão (mL/min)		Horário	
			Natureza (Água, óleo, inseticida, outros)	Aferição	Inicial	Final	Gasto		Teste	Média	Inicio	Término
				1ª								
				2ª								
				3ª								
				1ª								
				2ª								
				3ª								
				1ª								
				2ª								
				3ª								
				1ª								
				2ª								
				3ª								
				1ª								
				2ª								
				3ª								
				1ª								
				2ª								
				3ª								
				1ª								
				2ª								
				3ª								
				1ª								
				2ª								
				3ª								