

ZLECENIE WYKONANIA BADANIA SKUTECZNOŚCI PROCESU STERYLIZACJI

Data zlecenia					
Nazwa, adres zleceniodawcy					
Data sterylizacji		Godzina sterylizacji			
Dane sterylizatora (nazwa, typ, nr fabryczny)					
Parametry procesu sterylizacji	Temperatura				
	Czas				
	ciśnienie				
Rodzaj testów*	<input type="checkbox"/> Sporal A		<input type="checkbox"/> Sporal S		
Rozmieszczenie testów w sterylizatorze*	Góra		liczba		Nr serii i data ważności Sporali
	środek				
	dół				
Podpis/pieczątką zleceniodawcy	Potwierdzam prawidłowe przeprowadzenie testu/ów, zgodnie z instrukcją od producenta				

*zaznaczyć właściwe

Wypełnia laboratorium

Data przyjęcia:..... Godzina przyjęcia:.....

 Uwagi.....

Podpis osoby przyjmującej:.....