

**Remiss, kontroll av steriliseringsapparat**

Remiss till (institution, handläggare, adress)	Inrättning, klinik, avd./mott.
LAB. FÖR KLINISK MIKROBIOLOGI SÖDRA ÄLVSBERGS SJUKHUS 501 82 BORÅS	

Märk varje prov med ett nummer och anteckna dessa i lämpliga rutor nedan.

STERILISERINGSSCHEMA FÖR AUTOKLAV					Fabrikat: Testdatum:		
	Fr.o.m nummer	T.o.m nummer	Förvacuum	Total tid	Steriliserings		Eftervacuum
			ja		temp°C	tid	ja
Textilier							
Instrument öppna							
Instrument i paket							

PLACERING AV PROVEN:

Fritt liggande	Närmast dörren		Mitten		Längst in	
	Nr		Nr		Nr	
Översta korgen						
Mellersta korgen						
Nedersta korgen						

Inlagda i paket eller lådor	Närmast dörren		Mitten		Längst in	
	Nr		Nr		Nr	
Översta korgen						
Mellersta korgen						
Nedersta korgen						

SVAR: **Sterila prov: Samtliga**  **Endast nummer:** \_\_\_\_\_

SVAR: **Icke sterila prov nummer:** \_\_\_\_\_

KOMMENTAR: \_\_\_\_\_

Svarsdatum: \_\_\_\_\_

Avd.ansvarig: \_\_\_\_\_

Medicinskt ansvarig läkare: Claes Henning