

REGISTRERING AV STERILISATOR FOR KONTROLL MED BIOLOGISK INDIKATOR (SPOREPRØVER)

Bruk ett skjema per sterilisator

Eier:	.....
Adresse:	..... .....
Telefon:	.....
E-post:	.....
Kontaktperson:	.....
Fakturaadresse:	..... .....
Referanse/bestillingsnr.:	.....

Sterilisatorstype:	<input type="checkbox"/> Dampautoklav	<input type="checkbox"/> Tørrsterilisator	<input type="checkbox"/> Annen
Fabrikat:	.....	Typebetegnelse:	.....
Serienummer:	.....	Produksjonsår:	.....
Indre volum (liter):	.....	
Sterilisatorens plassering:	..... (avdeling)		
Eventuelt intern betegnelse:	..... (navn, nummer eller lignende)		
Erstatter den en gammel sterilisator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, hvilken sterilisator?	.....	

Ønsket tidspunkt for kontroll (sett kryss). Se anbefalinger.

Program/ temperatur	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des

Anbefalt kontrollfrekvens:

Sterilsentral/operasjon Hver 2. måned
Legekontor/tannlegekontor Hver 3. måned

Dato: Signatur

Skjemaet sendes til:

Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet
Avd. for smittevern, Steriliseringskontrollen
Pb. 4950 Nydalen
0424 Oslo