

## **ALLEGATO 1 Scheda di registrazione dei test giornalieri autoclave da effettuare prima di ogni attività giornaliera**

P.O./DISTRETTO \_\_\_\_\_ BLOCCO OPERATORIO/SERVIZIO \_\_\_\_\_

<b>SCHEDA DI REGISTRAZIONE DEI TEST GIORNALIERI AUTOCLAVE DA EFFETTUARE PRIMA DI OGNI ATTIVITÀ GIORNALIERA</b>
--

AUTOCLAVE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

PRERISCALDAMENTO \_\_\_\_\_ ESEGUITO  AUTOMATICO

PROVA TENUTA VUOTO \_\_\_\_\_ VALIDO  NON VALIDO

TEST DI BOWIE DICK \_\_\_\_\_ VALIDO  NON VALIDO

HELIX TEST \_\_\_\_\_ VALIDO  NON VALIDO

BOWIE DICK

HELIX TEST

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma e matricola dell'Infermiere che ha eseguito la procedura

\_\_\_\_\_