

Dokumentation der Freigabe nach maschineller Reinigung und Desinfektion mit anschließender Sterilisation

Prozessparameter und -kontrolle	Reinigung/ Desinfektion Erfolgreich ¹ ?	Sicht-/ Funktionsprüfung erfolgreich ¹ ?	Sterilisation erfolgreich ¹ ?	Freigabe ¹ / Unterschrift
Datum:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				
Datum:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				
Datum:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				
Datum:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				
Datum:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				

¹ entsprechend der gültigen Standardarbeitsanweisung (SOP)

² Einzelne Medizinprodukte, Sets, Siebe; siehe Risikobewertung und Einstufung

Prozessparameter und -kontrolle	Reinigung/ Desinfektion Erfolgreich ¹ ?	Sicht-/ Funktionsprüfung erfolgreich ¹ ?	Sterilisation erfolgreich ¹ ?	Freigabe ¹ / Unterschrift
Datum: Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				
Datum: Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				
Datum: Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				
Datum: Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				
Datum: Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Chargeninhalte ² :				_____ Unterschrift
Bemerkung:				

¹entsprechend der gültigen Standardarbeitsanweisung (SOP)

² Einzelne Medizinprodukte, Sets, Siebe; siehe Risikobewertung und Einstufung