

Załącznik 2. Karta kontroli procesu sterylizacji

Gabinet stomatologiczny:.....

Kontrola fizyczna:

Data sterylizacji:.....

Steryliizator/Kod:.....

Cykl dzienny:.....

Wsad załadowany przez:.....

Cykl uruchomiony przez:.....

Metoda sterylizacji:.....

Program sterylizacji:.....

Rodzaj materiału do sterylizacji (kod/nazwa)	Sztuk (liczba wyrobów/zestawów)	Rodzaj opakowania

Kontrola chemiczna: w PCD/Helix – TAK /NIE*

Rozmieszczenie:..... Typ wskaźnika:.....

Rozmieszczenie:..... Typ wskaźnika:.....

Wynik kontroli chemicznej – prawidłowy/nieprawidłowy*

Kontrola biologiczna: DOTYCZY/NIE DOTYCZY* w PCD – TAK /NIE*

Rozmieszczenie:..... Typ wskaźnika:.....

Wynik kontroli biologicznej – prawidłowy (brak wzrostu)/nieprawidłowy (wzrost)*

Data:.....

Sprawdził/zatwierdził:.....

** niepotrzebne skreślić*