**POŽADAVEK NA STERILIZACI**

|  |  |
| --- | --- |
| **ŽÁDAJÍCÍ PRACOVIŠTĚ:** |  |
| **NÁKLADOVÉ STŘEDISKO ŽÁDAJÍCÍHO PRACOVIŠTĚ:** |  |
| **JMÉNO, PŘÍJMENÍ A PODPIS PŘEDÁVAJÍCÍHO PRACOVNÍKA ŽÁDAJÍCÍHO PRACOVIŠTĚ:** |  |
| **DATUM PŘEDÁNÍ ZP:** |  |
| **JMÉNO, PŘÍJMENÍ A PODPIS PRACOVNÍKA CS PŘEBÍRAJÍCÍHO ZP:** |  |
| **ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK** | **POČET** | **TYP STERILIZACE** |
| **PÁRA** | **PLAZMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Osoba, připravující materiál ke sterilizaci, potvrzuje svým podpisem, že provedla dekontaminaci dezinfekčním prostředkem v souladu s návodem výrobce a byla dodržena doba expozice.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Jméno a příjmení pracovníka, Datum, podpis**

 **který připravil materiál ke sterilizaci**

**Bez podpisu nebude materiál přijat ke sterilizaci!**