

PROTOKÓŁ ZEWNĘTRZNEJ KONTROLI BIOLOGICZNEJ SKUTECZNOŚCI PROCESU STERYLIZACJI

Placówka zlecająca badanie (pieczętka)				
Typ i nr seryjny aparatu			Rok produkcji aparatu	
Rodzaj sterylizowanych materiałów/narzędzi				
Rodzaj testu *właściwy podkreślić	Sporal A Sporal S inny: *			
Parametry procesu sterylizacji	Temperatura			
	Ciśnienie			
	Czas			
Rozmieszczenie testów	Góra		Nr	
	Środek		Nr	
	Dół		Nr	
Test kontrolny *właściwy podkreślić	Tak Nie *		Nr	
Data sterylizacji		Godzina sterylizacji		

.....
Imię, nazwisko, stanowisko osoby wykonującej sterylizację

WYNIK BADANIA LABORATORYJNEGO NR (Wypełnia Laboratorium)

Data/godzina przyjęcia testu do badania		
Data zakończenia badania		
Sporotest	Nr	Brak wzrostu / wzrost bakterii testowych*
	Nr	Brak wzrostu / wzrost bakterii testowych
	Nr	Brak wzrostu / wzrost bakterii testowych
Test kontrolny	Nr	Brak wzrostu / wzrost bakterii testowych
ORZECZENIE: Proces sterylizacji skuteczny / nieskuteczny*		

* niewłaściwe skreślić

.....
Osoba autoryzująca wynik badania