Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Zakład Mikrobiologii
Pracownia Monitorowania Zakażeń
31-501 Kraków, ul. Kopernika 19
tel.: 12 424 75-86, tel./fax: 12 424 75-80

Załącznik Nr 7 do P-M-ZM-01
Wydanie 04 z dnia 01.02.2017 r.

kod: 000000018583-50-463
http://www.su.krakow.pl/zaklad-mikrobiologii

ZLECENIE BADANIA SPOROTESTU*

NR BADANIA: *(wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)*

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCY WYNIKU:
(pieczęć)

Nr ośrodka kosztów: .....

Telefon: ..... Data zlecenia: .....

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE
(pieczęć i podpis)

DATA I GODZINA WYKONANIA STERYLIZACJI

Data ..... godzina: ..... ……..

DANE OSOBY WYKONUJĄCEJ STERYLIZACJĘ

.....
(czytelny podpis)

UWAGI:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
……
……
……
……
……

I. URZĄDZENIE

Nazwa i typ urządzenia:

.....

Nr fabryczny urządzenia:

.....

.....

II. WARUNKI STERYLIZACJI

Czas sterylizacji: od godz. ..... do godz. .....

Temperatura sterylizacji: .....

Wartość ciśnienia: .....

III. WSKAŹNIKI TESTOWE

A. Wskaźnik poddany sterylizacji

Nazwa sporotestu: .....

Seria sporotestu: .....

Data kontroli dla danej serii sporotestu: …….

Data ważności sporotestu: .....

Miejsce ekspozycji sporotestu:
- ☐ Góra
- ☐ Środek
- ☐ Dół
- ☐ Inne .....

B. Wskaźnik nie poddany sterylizacji (kontrolny)

Seria sporotestu: .....

Data ważności sporotestu: .....

PRZYJĘCIE MATERIAŁU *(wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)*

Data: ..... godzina: ..... Osoba przyjmująca materiał: *(czytelny podpis)* .....

*** Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie**