

# SPRUTPUMP

## MATERIELVÅRDSSHEMA GRUNTILLSYN

Detta materielvårdsschema gäller för materiel:

Förrådsbeteckning	Förrådsbenämning
M7858-516010	SPRUTPUMP 3
M7858-518010	SPRUTPUMP 4

## Vårdbestämmelser

För information om det aktuella underhållsobjektet se referenser.

GT 1	=	Grundtillsyn (utförs varje år om inget annat anges)
GT 4	=	Tillägg till GT1 (utförs vart 4:e år)
Pos	=	Positionsnummer
Se Ref	=	Se anvisningar i referens nr, kapitel/sida

Allmänt gäller att kontroll ska ske beträffande skador, fastsättning och funktion.

### VARNING

**lakttag försiktighet vid hantering av sjukvårdsmateriel.  
Om materielen ej är rengjord kan det finnas risk för smitta.**

## Referenser

För respektive materiel gällande instruktioner, användarmanual, servicemanual, instruktionsbok, teknisk order, reparationsbok eller motsvarande.

## Normtabell

Vårdmarkering	Vårdpersonal	Vårdinstans
9	T:9	Cvst

## Särskilda riktlinjer

### Vårdmarkering

Vårdmarkering utförs enligt Cvst drifthandbok.

### Vårdpersonal

Endast auktoriserad tekniker får utföra servicen.

## Tillsyn

Pos	GT		System/komponent	Se Ref	Omfattning/felyttring
	1	4			
1	x		Tillbehörs-/Satslista		Kontrollera materielens befintlighet
2	x		Samtlig materiel enligt TL/SL		Kontrollera märkning
3	x		Samtlig materiel enligt TL/SL		Okulärbesiktning skador
4	x		Samtlig materiel enligt TL/SL		Grundtillsyn <sup>a</sup>
5		x	Batteri		Byt, notera datum
6	x		Samtlig materiel enligt TL/SL		Kontrollera materielens befintlighet
7	x		Vårdmarkering		Utför

<sup>a</sup> Om resurs och kompetens finns på Cvst genomförs grundtillsyn enligt procedur överenskommen med leverantör och i överensstämmelse med gällande kvalitetssystem. Alternativt kan materielen av Cvst sändas till extern leverantör för tillsyn.

## Protokoll

### Administrativa data

Registrerings-/individnummer	Komp	Plut	Övr.
------------------------------	------	------	------

F-bet / F-ben
---------------

Utförandeinstans: \_\_\_\_\_

Ansvarig: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_

Intygsutfärdare för materiel som omfattas av RML:

Datum: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_

Pos	Kontroll	Krav	Resultat	Anm
1	Tillbehörs-/Satslista	UA		
2	Märkning	UA		
3	Skador	UA		
4	Grundtillsyn hos extern leverantör/Cvst	UA		Ifyllt protokoll från extern leverantör/Cvst skall arkiveras. Ange i protokollet den testutrustning som använts.
		Protokoll		Referens: <sup>b</sup> _____
5	Batteri, byt, notera datum	Utförd		
6	Inventering materiel	Utförd		
7	Vårdmarkering	Utförd		

<sup>b</sup> Om flera protokoll finns, anteckna dessa under övriga kommentarer och tillägg.

Övriga kommentarer och tillägg:

---

---

---

---

---