

BLODTRANSPORTLÅDA /T

MATERIELVÅRDSSHEMA GRUNTILLSYN

Detta materielvårdsschema gäller för materiel:

Förrådsbeteckning	Förrådsbenämning
M7813-132021	BLODTRANSPORTLÅDA /T

Vårdbestämmelser

För information om det aktuella underhållsobjektet se referenser.

GT 1	=	Grundtillsyn (utförs varje år)
GT 5	=	Tillägg till GT1 som utförs vart 5:e år
GT F	=	Grundtillsyn före förrådsställning utförs enligt GT1
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
Blodtransportlådan. Om materielen ej är rengjord kan
det finnas risk för smitta.**

Referenser

Ref	Förrådsbeteckning	Förrådsbenämning
1	M7786-047361	IBOK BLODTRANSPLÅDA
2	M7777-716020	TL F M7813-132021
3	M7786-030231	SERVMAN BLODTPLÅDA

Normtabell

Vårdmarkering
9

Vårdpersonal
T:9

Vårdinstans
Cvst

Särskilda riktlinjer

Vårdmarkering

Vårdmarkering utförs enligt VårdFM samt Cvst drifthandbok.

Vårdpersonal

Endast auktoriserad tekniker får utföra service.

BLODTRANSPORTLÅDA /T

Pos	GT		System/komponent	Se Ref	Omfattning/flyttring
	1	5			
1	X		Tillbehörslista	2	Kontrollera materielens befintlighet
2	X		Komplett enhet		Kontrollera märkning
3	X		Komplett enhet		Okulärbesiktning skador
4	X ^a		Samtlig materiel enligt TL		Grundtillsyn ^a
5		X	Batteri	1	Byt. Notera datum
6	X ^a		Temperaturlogger	1	Utför kalibrering
7	X		Temperaturlogger inställningar	1	Konfigurering programvara
8	X		Samtliga ingående delar		Rengöring
9	X		Vårdmarkering		Utför

^a 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/kalibrering.

Protokoll

Administrativa data

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

Fbet/Fben

Utförandeinstans: _____

Ansvarig: _____

Datum: _____

Signatur: _____

Intygsutfärdare för materiel som omfattas av RML:

Datum: _____

Signatur: _____

Pos	Kontroll	Krav	Resultat	Anm
1	Tillbehörslista	UA		Inventering enligt TL
2	Märkning	UA		
3	Skador	UA		
4	Grundtillsyn hos extern leverantör/Cvst	UA		Ifyllt protokoll från extern leverantör/Cvst skall arkiveras.
		Protokoll		Referens: ^a _____
5	Batteri, byt, notera datum	Utförd		
6	Utför kalibrering	Utförd		
7	Konfigurering programvara	Utförd		
8	Rengöring	Utförd		
9	Vårdmarkering	Utförd		

^a Om flera protokoll finns, anteckna dessa under övriga kommentarer och tillägg.

Övriga kommentarer och tillägg:
