

TESTUTRUSTNING

MATERIELVÅRDSSHEMA GRUNDTILLSYN

Detta materielvårdsschema gäller för materiel:

Förrådsbeteckning	Förrådsbenämning
M3560-315010	GASFLÖDESTEST 2
M3560-405010	GASFLÖDESTESTARE
M3604-406010	TEMPMÄTARE DIG
M7838-404010	BLODTRYCKSSIMULATOR
M7838-536010	DEFIBRILLTESTARE
M7838-563010	PULSOXIMETERSIM
M7838-564010	EKG-MODUL
M7839-125010	INFUSIONUTRTESTARE
M7869-813010	ELSÅKANALYSATOR
M7869-814010	MULTIPARAMETERSIM
M7869-817010	MULTIPARAMSIM 2

Vårdbestämmelser

För information om det aktuella underhållsobjektet se referenser.

GT 1 = Grundtillsyn (utförs varje år om inget annat anges)

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, materielvårdsschema 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			
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 ^a
5	x	Samtlig materiel enligt TL/SL		Kontrollera materielens befintlighet
6	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.

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. Referens: ^b _____
5	Inventering materiel	Utförd		
6	Vårdmarkering	Utförd		

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

Övriga kommentarer och tillägg:
