

ÖVERVAKNINGSMONITOR

MATERIELVÅRDSSHEMA GRUNTILLSYN

Detta materielvårdsschema gäller för materiel:

Förrådsbeteckning	Förrådsbenämning
M7838-524110	KARDIOSKOP 204
M7838-525010	KARDIOSKOP 206
M7838-554010	ÖVERVAKNINGSMONITOR
M7838-554110	ÖVERVAKMON MINDRE
M7838-567010	ÖVERVAKNINGSM 567

Vårdbestämmelser

För information om det aktuella underhållsobjektet se referenser.

GT 1	=	Grundtillsyn (utförs varje år om inget annat anges)
GT 3	=	Tillägg till GT 1 (utförs vart tredje år). Gäller M7838-554110 ÖVERVAKMON MINDRE och M7838-567010 ÖVERVAKNINGSM 567.
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.

Övervakningsmonitor

Pos	GT		System/komponent	Se Ref	Omfattning/felyttring
	1	3			
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	Batteri		Byt, notera datum ^b
6	x		Samtlig materiel enligt TL/SL		Kontrollera materielens befintlighet
7	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.

^b Gäller M7838-554110 ÖVERVAKMON MINDRE och M7838-567010 ÖVERVAKNINGSM 567.

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. Referens: ^c _____
5	Batteri, byt, notera datum	Utförd		
6	Inventering materiel	Utförd		
7	Vårdmarkering	Utförd		

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

Övriga kommentarer och tillägg:
