

## SUGPUMP EL

### MATERIELVÅRDSSCHEMA GRUNDTILLSYN

Detta materielvårdsschema gäller för materiel:

Förrådsbeteckning	Förrådsbenämning
M7835-236010	SUGPUMP EL 4
M7835-236110	SUGPUMP EL
M7835-236210	SUGPUMP EL 7
M7835-239010	SUGPUMP 5
M7835-246010	SUGPUMP PORTABEL
M7835-252010	SUGPUMP EL 9

### Vårdbestämmelser

För information om det aktuella underhållsobjektet se referenser.

GT 1	=	Grundtillsyn (utförs varje år)
GT 3	=	Tillägg till GT1 som utförs vart 3:e år
Pos	=	Positionsnummer

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.

## Sugpump

Pos	GT		System/komponent	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 <sup>a</sup>
5		x	Samtlig materiel enligt TL/SL	Tillägg till GT1 som utförs vart 3:e år <sup>a, b</sup>
6	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.

<sup>b</sup> Gäller för M7835-236010 SUGPUMP EL 4, M7835-236110 SUGPUMP EL, M7835-236210 SUGPUMP EL 7 och M7835-252010 SUGPUMP EL 9

## 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		Ifyllt protokoll från extern leverantör/Cvst skall arkiveras. Ange i protokollet den testutrustning som använts. Referens: <sup>b</sup> _____
2	Märkning	UA		
3	Skador	UA		
4-5	Grundtillsyn hos extern leverantör/Cvst	UA		
		Protokoll		
6	Vårdmarkering	Utförd		

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

Övriga kommentarer och tillägg:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_