**PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA/ PRZYJĘCIA**

WYROBÓW MEDYCZNYCHDO CENTRALNEJ STERYLIZATORNI

NR ………/…………/……………. z dnia………………………………………..****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | NAZWA PAKIETU/NARZĘDZI | RODZAJ STERYLIZACJI  **P-parowa**  **F-formaldechydow**a | ILOŚĆ PAKIETÓW | RODZAJ PAKIETU  M-mały  S- średni  D- duży  L- luzem | POTWIERDZENIE WYKONANIA STERYLIZACJI Z DNIA  …………………………… |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

Ilość tac: **M**……………. **Ś**……………. **D**……………. **L**…………….

Ilość kuwet transportowych………………

|  |  |
| --- | --- |
| Data przekazania do Centralnej Sterylizatorni:  Godzina przekazania: | Data wydania do SP ZOZ MSWiA:  Godzina wydania: |
| Podpis i pieczątka pracownika przekazującego  z SPZOZ MSWiA:  Pielęgniarka:  Osoba transportująca: | Podpis i pieczątka pracownika wydającego Centralnej Sterylizatorni:  Osoba transportująca: |
| Podpis i pieczątka pracownika odbierającego  Centralnej Sterylizatorni:  Data i godzina odbioru: | Podpis i pieczątka pracownika przyjmującego  SPZOZ MSWiA:  Data i godzina przyjęcia: |

IDENTYFIKATOR PROCESU STERYLIZACJI: