****

**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 PAKIETUM-małyS- średniD- dużyL- 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 przekazującegoz 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: