

DIATERMIAPPARAT 5

MATERIELVÅRDSSHEMA GRUNTILLSYN

Detta materielvårdsschema gäller för materiel:

| Förrådsbeteckning | Förrådsbenämning |
|-------------------|-------------------|
| M7837-433010 | DIATERMIAPPARAT 5 |

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 | | Ifyllt protokoll från extern leverantör/Cvst skall arkiveras. Ange i protokollet den testutrustning som använts. Referens: ^b _____ |
| 2 | Märkning | UA | | |
| 3 | Skador | UA | | |
| 4 | Grundtillsyn hos extern leverantör/Cvst | UA | | |
| | | Protokoll | | |
| 5 | Inventering materiel | Utförd | | |
| 6 | Vårdmarkering | Utförd | | |

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

Övriga kommentarer och tillägg:
