

LUNGPLETYSMOGRAF 1

MATERIELVÅRDSSHEMA GRUNTILLSYN

Detta materielvårdsschema gäller för materiel:

Förrådsbeteckning	Förrådsbenämning
M7835-811010	LUNGPLETYSMOGR 1

Vårdbestämmelser

För information om det aktuella underhållsobjektet se referenser.

GT 1	=	Grundtillsyn (utförs varje år)
GT 3	=	Tillägg till GT 1 (utförs vart tredje 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.

Tillsyn

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 ^a
5		x	Samtlig materiel enligt TL/SL	Tillägg till GT1, utförs vart 3:e år ^a
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: ^a _____
2	Märkning	UA		
3	Skador	UA		
4-5	Grundtillsyn hos extern leverantör/Cvst	UA		
		Protokoll		
6	Vårdmarkering	Utförd		

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

Övriga kommentarer och tillägg:

