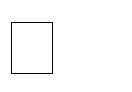
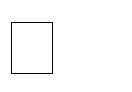
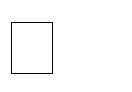
**ALLEGATO 3**

**P.O. CENTRALE DI STERILIZZAZIONE / BLOCCO OPERATORIO**

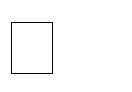
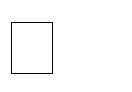
**SCHEDA TEST GIORNALIERI AUTOCLAVE**

# AUTOCLAVE id. DATA

* PRERISCALDAMENTO……………………………….. ESEGUITO  AUTOMATICO 
* PROVA TENUTA VUOTO…………………………….. ESEGUITA AUTOMATICA



VALIDO NON VALIDO

* TEST DI BOWIE DICK……………………………….. VALIDO  NON VALIDO 
* HELIX TEST ………………………. ………………….. VALIDO  NON VALIDO 

# Spazio per la conservazione dei test

Bowie Dick

Helix test

Note

Firma leggibile e sigla codificata dell’infermiere che ha eseguito le procedure

# Mod – scheda test giornalieri autoclave (BD\_H)