



ZLECENIE BADANIA SPOROTESTU*

NR BADANIA: (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCY WYNIKU:
(pieczęć)

Nr ośrodka kosztów:

Telefon: Data zlecenia:

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE
(pieczęć i podpis)

DATA I GODZINA WYKONANIA STERYLIZACJI

Data godzina:

DANE OSOBY WYKONUJĄCEJ STERYLIZACJĘ

(czytelny podpis/pieczęć)

UWAGI:

I. URZĄDZENIE

Nazwa i typ urządzenia:
.....
.....

Nr fabryczny urządzenia:
.....
.....

II. WARUNKI STERYLIZACJI

Czas sterylizacji: od godz. do godz.

Temperatura sterylizacji:

Wartość ciśnienia:

III. WSKAŹNIKI TESTOWE

A. Wskaźnik poddany sterylizacji

Nazwa sporotestu:

Seria sporotestu:

Data kontroli dla danej serii sporotestu:

Data ważności sporotestu:

Miejsce ekspozycji sporotestu:

- Góra
 Środek
 Dół
 Inne

B. Wskaźnik nie poddany sterylizacji (kontrolny)

Seria sporotestu:

Data ważności sporotestu:

PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)

Data: godzina: Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis)