|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chargenübersicht** | | | | | | |
| FORM 017.2 Mitgeldende Unterlage zu SOP 017 | | | | Version: 1 | | | |
| Erstellung | | Überprüfung | | | In-Kraft-Setzung | | |
| Datum: |  | Datum: |  | | Datum: |  | |
| Name: |  | Name: |  | | Name: |  | |
| Visum: |  | Visum: |  | | Visum: |  | |

Typ des Sterilisators

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chargen**  **Nummer** | **Datum** | **Temperatur** | **Programm-**  **ablauf** | **Stericlin**  **Indikator**  **In Ordnung** | **Freigabe** | **Bemerkungen /**  **Massnahmen**  **bei Unterbruch** | **Freigabe**  **durch:**  ( Unterschrift  notwendig ) |
|  |  | 121 º  134 º | vollständig  Unterbruch | Ja  Nein | Ja  Nein |  |  |
|  |  | 121 º  134 º | vollständig  Unterbruch | Ja  Nein | Ja  Nein |  |  |
|  |  | 121 º  134 º | vollständig  Unterbruch | Ja  Nein | Ja  Nein |  |  |
|  |  | 121 º  134 º | vollständig  Unterbruch | Ja  Nein | Ja  Nein |  |  |
|  |  | 121 º  134 º | vollständig  Unterbruch | Ja  Nein | Ja  Nein |  |  |
|  |  | 121 º  134 º | vollständig  Unterbruch | Ja  Nein | Ja  Nein |  |  |
|  |  | 121 º  134 º | vollständig  Unterbruch | Ja  Nein | Ja  Nein |  |  |
|  |  | 121 º  134 º | vollständig  Unterbruch | Ja  Nein | Ja  Nein |  |  |
|  |  | 121 º  134 º | vollständig  Unterbruch | Ja  Nein | Ja  Nein |  |  |