

Název ZPr:	
Typ ZPr:	
Třída ZPr*:	☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ III ☐ IVD
Školitel, osobní číslo**:	
Pracoviště:	

Účastníci absolvovali instruktáž ve smyslu ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, v platném znění, o zacházení s výše uvedeným ZPr a jeho používání v souladu s návodem k použití. Účastníci byli seznámeni s návodem k použití, přečetli si ho, rozuměli mu a jsou schopni podle něj pracovat.

Součástí bylo:

- seznámení s používáním ZPr, určeným účelem použití ZPr a jeho údržbou,
- popis funkce a jednotlivých ovládacích prvků ZPr,
- praktická ukázka použití ZPr,
- seznámení s podmínkami bezpečného používání ZPr při poskytování zdravotní péče, s příslušnými provozními předpisy a předpisy upravujícími bezpečnost a ochranu zdraví při práci,
- seznámení se zvláštními riziky spojenými s používáním ZPr,
- upozornění na nutnost dodržování pokynů výrobce při používání ZPr,
- instrukce, za jakých podmínek lze ZPr zapojit ke společnému používání s jinými ZPr, příslušenstvím, potřebným programovým vybavením a jinými předměty.

Ve výše uvedených bodech byli účastníci proškoleni i ohledně používání příslušenství, programového vybavení a možných kombinací použití s dalšími ZPr.

Školitel prohlašuje, že:

- má odpovídající vzdělání, znalosti a praktické zkušenosti k provádění proškolení / instruktáže o zacházení s předmětným ZPr a jeho používání. Byl o určeném účelu použití ZPr a způsobu jeho použití poučen výrobcem či jinou způsobilou osobou dle zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro účastníci tohoto školení jsou schopni používat ZPr a **NEMOHOU** provádět instruktáž u dalších osob o zacházení se ZPr a jeho používání ve smyslu zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro.

Účastníci:

Jméno a příjmení	Os. číslo	Podpis zaškolené osoby	Podpis a datum školitele

Nevyplněné řádky proškrtněte a v případě nedostatku řádků, lze pokračovat na další stránce v tabulce.

Každá další stránka je podepsána školitelem.

Tento formulář je vhodné doplnit o „Prohlášení o shodě“ k přístroji a certifikát (doklad) školitele, že byl poučen osobou dle zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro v platném znění.

*zatrhne školitel

** osobní číslo doplní školitel, který je zaměstnanec FNOL