PROTOKOL PRO ČASOVĚ OMEZENÉ ODSTAVENÍ VYHRAZENÉHO PLYNOVÉHO ZAŘÍZENÍ – ROZVODŮ MEDICINÁLNÍCH PLYNŮ Z PROVOZU

Budova,klinika: Budova F-Alergologie

Oddělení: Celá budova

Důvod odstavení zařízení z provozu : Přeložka hlavního rozvodu kyslíku u PET-CT

Druh zařízení (plyny): Kyslík-O2

Datum a čas odstavení z provozu: 6.10.2015- 15.00 h.

Datum a čas zapnutí do provozu: 6.10.2015- 18.00 h.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Způsob zajištění oddělení po dobu odstavení z provozu:

O2-bez zálohy

SV4- neodstavuje se

SV8- neodstavuje se

N2O- neodstavuje se

.

CO2- neodstavuje se

Va- neodstavuje se

………………………………………………………………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoba zodpovědná za odstavení zařízení z provozu a opětovné uvedení do provozu:

……………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OSOBY ZODPOVĚDNÉ ZA ÚSEK ZDRAVOTNÍ PÉČE – jmenovaný (á) byl(a) seznámen(a) s odstavením a zabezpečením zařízení a přijal(a) opatření k zabezpečení péče o pacienta.

oddělení: jméno: funkce: podpis:

…………… ……………………. …………………… ……………………..

…………… ……………………. …………………… ……………………..

…………… ……………………. …………………… ……………………..

…………… ……………………. …………………… ……………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_