

- A la réception du DM dans le service de stérilisation
- Lors du lavage du DM
- Lors du reconditionnement du DM
- A la sortie du stérilisateur
- Lors de l'utilisation
- Autres : .....

Nom du plateau /DM : .....

Cocher la case correspondante		Remarques
<b>Contrôle visuel</b>		
<input type="checkbox"/>	Propreté	
<input type="checkbox"/>	Instrument défectueux	
<input type="checkbox"/>	DM manquant	
<input type="checkbox"/>	DM en trop	
<b>Conditionnement</b>		
<input type="checkbox"/>	Filtres	
<input type="checkbox"/>	Plombs	
<input type="checkbox"/>	Identification	
<input type="checkbox"/>	Emballage	
<input type="checkbox"/>	Indicateur chimique	
<input type="checkbox"/>	Autre	
<b>Commentaires</b>		

Signature collaborateur/ code identifiant : ..... Transmis le : .....

