**SKJEMA FYLLES UT AV LEVERANDØR**

Leverandørens navn:

Utstyrets fabrikat/modell/serienummer:

Bruksområde:

|  |  |
| --- | --- |
| **Utstyrets kontakt med pasient** | **Kryss av for JA eller NEI** |
| Hud direkte/indirekte |   **JA NEI**  |
| Slimhinner/blod/kroppsvæsker direkte/indirekte |   **JA NEI**  |
| Perforerer hud og slimhinner |   **JA NEI**  |
| Kontakt med sterile områder |   **JA NEI**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sykehusets krav til rengjøring/desinfeksjon/sterilisering** | **Beskriv hva utstyret tåler i henhold til sykehusets krav** |
| Pkt. 5.2.1 Varmedesinfeksjon i maskin |  |
| Pkt. 5.2.2 Kjemisk desinfeksjon |  |
| Pkt. 5.2.2.1 Kan senkes i desinfeksjonsvæske |  |
| Pkt. 5.2.2.2 Kan **ikke** senkes i desinfeksjonsvæske |  |
| Pkt. 5.2.3 Kombinasjon av varme og kjemisk desinfeksjon |  |
| Pkt. 5.3 Sterilisering |  |

Dokumentasjon med norsk tekst er vedlagt: Ja nei

Dato og signatur:

 Leverandør

**Godkjenning Sykehuset Telemark HF**

Leverandørens dokumentasjon er vurdert: godkjent ikke godkjent

Avdeling, dato og signatur: