

Desinfektion von Sanitätsmaterial

Material

Bitte nur ein Feld ankreuzen und eine Nummer angeben. Für weitere Desinfektionen weitere Protokolle verwenden.

<input type="checkbox"/> Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Kiste
Typ: _____	RB Nr.: _____	Typ: _____
Kennung: _____	BB Nr.: _____	Nr.: _____
Corpuls Nr.: _____	Medumat Nr.: _____	AccuVac Nr.: _____

Durchführung

Scheuer-Wisch-Desinfektion

<input type="checkbox"/> freie Oberflächen	<input type="checkbox"/> Blutdruckmanometer	<input type="checkbox"/> Laryngoskopgriff
<input type="checkbox"/> Kiste(n)	<input type="checkbox"/> Blutdruckmanschette(n)	<input type="checkbox"/> Laryngoskopspatel*
<input type="checkbox"/> Schränke und Schubladen	<input type="checkbox"/> Stethoskop(e)	<input type="checkbox"/> Magill-Zange*
<input type="checkbox"/> Trage(n)	<input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät(e)	<input type="checkbox"/> Kleiderschere*
<input type="checkbox"/> Tragemodul(e)	<input type="checkbox"/> Druckminderer	<input type="checkbox"/> Verbandschere*
<input type="checkbox"/> Absaugpumpe (manuell)*	<input type="checkbox"/> Fieberthermometer	<input type="checkbox"/> Nabelschnurschere*
<input type="checkbox"/> AED	<input type="checkbox"/> Diagnostikleuchte	<input type="checkbox"/> Steckbecken*
<input type="checkbox"/> Pulsoxymeter	<input type="checkbox"/> Stauschlauch	<input type="checkbox"/> Urinflasche*

Weitere durchgeführte Desinfektionen:

Desinfektionsmittel	Mischverhältnis in %	Einwirkzeit

Vorkommnisse/Bemerkungen:

Datum: _____ Uhrzeit: Von ____ : ____ bis ____ : ____

Name

Unterschrift

*Wird nach Gebrauch/Kontamination verworfen. Besteht die Möglichkeit eines Transportes ohne Infektions- Kontaminationsgefahr für das Sanitätspersonal, erfolgt Instrumentendesinfektion (in Desinfektionswanne) in Unterkunft oder Krankenhaus! Bitte entsprechend protokollieren.