STERN WEBER POLSKA
ul. Kosmatki 26
03-982 Warszawa
tel. 22 395 56 03; 22 395 56 00
serwis@sternweber.pl

PROTOKÓŁ KONSERWACJI I WERYFIKACJI ZABEZPIECZEŃ AUTOKLAWU

Numer zlecenia	Data	Nazwa gabinetu
Model urządzenia	**Numer seryjny**	**Adres gabinetu**

WERYFIKACJA FUNKCJONALNA	WYNIK			
	POZYTYWNY	WYMIANA	CZYSZCZENIE	NIEDOTYCZY
1.0 Sprawdzanie zasilań				
1.1 Podłączenie przewodu zasilania i uziemienia				
1.2 Działanie głównego wyłącznika				
1.3 Kontrola przewodności wody (° uS/cm)		Wartość:	Wartość:	
2.0 Kontrole mechaniczne				
2.1 Prawidłowe zamocowanie i dobry stan obudowy urządzenia				
2.2 Prawidłowe wypoziomowanie nóżek				
2.3 Kontrola filtra pyłowego				
2.4 Kontrola czystości komory autoklawu				
2.5 Kontrola czystości filtra komory				
2.6 Kontrola uszczelki drzwi (wymiana co 1rok/1000 cykli)				
2.7 Kontrola filtra bakteriologicznego (wymiana co 500 cykli)				
2.8 Kontrola filtra wody (wymiana co 1rok/1000 cykli)				
2.9 Kontrola czystości obu zbiorników wody				
2.10 Kontrola czystości wężyków i czujników ciśnienia				
2.11 Kontrola zaworu bezpieczeństwa				
2.12 Wymiana uszczelki króćca kontroli ciśnień (wymiana co 1rok/1000 cykli)				
3.0 Kontrola ustawień				
3.1 Ustawianie daty / godziny w urządzeniu				
3.2 Kontrola wersji oprogramowania - aktualizacja do najnowszej wersji				
3.3 Kontrola czujników poziomu wody w obu zbiornikach				
4.0 Uruchomienie poszczególnych urządzeń				
4.1 Kontrola pompy próżniowej				
4.2 Kontrola pompy wody				
4.3 Kontrola wszystkich elektrozaworów				
4.4 Kontrola pracy zamka, smarowanie (sugerowana wymiana tulei co 3000 cykli)				
5.0 Rozruch: kontrole działania				
5.1 Przeprowadzenie i kontrola działania testu próżni				
5.2 Przeprowadzenie cyklu testów H / B & D lub uniwersalnego				
5.3 Zgranie raportów powyższych testów				

Wnioski:

[ ] Nie stwierdzono usterek w zakresie funkcjonalności i bezpieczeństwa; **test funkcjonalny zakończony pomyślnie.**

[ ] Brak bezpośredniego ryzyka; stwierdzone usterki mogą być łatwo usunięte (patrz protokół serwisowy)

[ ] Stwierdzono istotne usterki z zakresu bezpieczeństwa : **Urządzenie medyczne nie może być użytkowane.**

Wykryte nieprawidłowości oraz zalecenia:

.....

.....

.....

.....

Usługa została wykonana zgodnie z zasadami przeglądu okresowego firmy Stern Weber Polska oraz zgodnie z zaleceniami producenta urządzenia.

Data następnego przeglądu: .....

PIECZĄTKA I CZYTELNY PODPIS **SERWISANTA**

PIECZĄTKA I CZYTELNY PODPIS **KLIENTA**

e-mail: