

MODELO ORIENTATIVO DE DOCUMENTO DE MEMORIA DE ESTERILIZACIÓN

Nome comercial:

Titular:

NIF:

Don/a _____ , NIF _____ , titular/representante legal do centro/servizo/establecemento sanitario DECLARO que:

- Non se realiza esterilización debido: utilízase material desbotable, Non é aplicable.
- Realízase esterilización: método físico, especificar:
 químico, especificar:

Modelo da aparataxe: _____

- A aparataxe de esterilización de material sanitario por ser un produto sanitario dispón de mercado CE.
- O material sanitario esterilizado é:
 para uso inmediato
 para uso NON inmediato. Especificar sistema de selado
- Nas instalacións encóntrase o protocolo de esterilización a seguir.
- Nas instalacións atópase un Rexistro de revisións e incidencias dos aparatos utilizados segundo as indicacións dos distintos equipos.

Outra información:

E para que conste e para os efectos de formar parte da documentación a presentar xunto coa solicitude de autorización sanitaria de funcionamento/modificación/renovación do centro/servizo/establecemento sanitario, asíñase o presente documento.

_____, ____ de _____ de 201

O Titular ou representante legal

Asdo.: