



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliero-Universitaria
Policlinico "G.Rodolico – S.Marco" - CATANIA

U.O. _____ P.O. _____

VERBALE VERIFICA EFFICACIA DELLA STERILIZZAZIONE PER CICLO ESEGUITO
(Da compilare solo in caso di mancato rilascio dell'apposito scontrino dell'autoclave)

TIPO DI STERILIZZATRICE _____

[1]		[2]		[3]		[4]	
AUTOCLAVE N. _____		AUTOCLAVE N. _____		AUTOCLAVE N. _____		AUTOCLAVE N. _____	
DATA		DATA		DATA		DATA	
N. CICLO		N. CICLO		N. CICLO		N. CICLO	
ORA INIZIO CICLO		ORA INIZIO CICLO		ORA INIZIO CICLO		ORA INIZIO CICLO	
PROGRAMMA N.		PROGRAMMA N.		PROGRAMMA N.		PROGRAMMA N.	
TEMPERATURA		TEMPERATURA		TEMPERATURA		TEMPERATURA	
PRESSIONE		PRESSIONE		PRESSIONE		PRESSIONE	
TEMPO DI ESPOSIZIONE		TEMPO DI ESPOSIZIONE		TEMPO DI ESPOSIZIONE		TEMPO DI ESPOSIZIONE	
ORA FINE CICLO		ORA FINE CICLO		ORA FINE CICLO		ORA FINE CICLO	
FIRMA OPERATORE		FIRMA OPERATORE		FIRMA OPERATORE		FIRMA OPERATORE	
NOTE		NOTE		NOTE		NOTE	

