ALLEGATO 2 – I parte

P.O. di …… **SOC di ……**

ELENCO DISPOSITIVI MEDICI
DA SOTTOPORRE A STERILIZZAZIONE A VAPORE

D.M. (descrizione singolo pezzo o categoria)	**D.M. dotato di cavità**		**T° ciclo sterilizzazione**	
	SI	**NO**	**134° C**	**121° C**

Firma Coordinatore Infermieristico …….