

PROCEDURA

GESTIONE NON CONFORMITA'

PS-03
MD-03

Allegato 3

MODULO NON CONFORMITA'

Presidio Ospedaliero: _____

Specialità: _____

Rilevazione della Non Conformità

Denominazione Kit: _____

Etichetta Rintracciabilità

(Applicare qui l'etichetta)

Data Segnalazione: _____

Tipologia Non Conformità

- ☐ Strumento Sporco
- ☐ Confezionamento non sterile (Mancanza filtri, Sigilli...)
- ☐ Contenuto non corrispondente alla ~~check~~ List

Descrizione della Non Conformità

_____ Firma: _____

Il Kit/imbustato è stato utilizzato:

- ☐ SI
- ☐ NO

Il Kit/imbustato deve essere bloccato in centrale:

- ☐ SI
- ☐ NO

Spazio Riservato alla Centrale di Sterilizzazione

N° Non Conformità _____ Data _____