

**Phụ lục 3.**

**Phiếu yêu cầu tiết khuẩn nhanh**

1. **Người yêu cầu:** \_\_\_\_\_ **Ký tên:** .....

- Ngày, giờ yêu cầu: ...../...../.....

- Tên dụng cụ/bộ dụng

cụ:.....

- Lý do yêu cầu tiết khuẩn nhanh:.....

2. **Người xử lý dụng cụ:** ..... **Ký tên:**

.....

- Nhiệt độ và thời gian tiết khuẩn: .....

- Chỉ thị sinh học: ☒Đạt      ☒Không

3. **Thông tin người bệnh sử dụng dụng cụ tiết khuẩn nhanh:**

|       |
|-------|
| Label |
|-------|

Loại phẫu thuật:.....

Bác sĩ phẫu thuật:.....