Az. Osp.-Univ.Pisana	CENTRALE DI STERILIZZAZIONE: MODULO NON CONFORMITÀ RILEVATE DAL PERSONALE DELLA CENTRALE DI STERILIZZAZIONE	T08a/PA14B Rev.00 del 05/06/2023 Pag. 1 di 1

STRUTTURE INVIANTI			
❒	01 CARDIOCHIRURGIA	❒	101 OTORINOL. AUDIOL. E FONIATRIA
❒	02 CHIR. TORACICA	❒	106 OCULISTICA
❒	04 CENTRO MULDISC. ROBOTICA	❒	107 CHIR. GENERALE (E COLON RETTALE)
❒	41 CHIR.EPATICA E DEL TRAP. FEGATO	❒	109 UROLOGIA 2 SSN
❒	42 SD CHIR.GENERALE	❒	115 NEUROCHIRURGIA 2 SSN
❒	43 CHIR.VASCOLARE	❒	124 ENDOCRINOCHIRURGIA
❒	72 ORTOP. E TRAUMATOLOGIA 1	❒	125 UROLOGIA 1 UNIV.
❒	85 CHIR.GEN. E DEI TRAPIANTI	❒	153 TRAUMATOLOGIA D'URG.
❒	92 CHIR. BARIATRICA	❒	155 SD CHIR. PIEDE DIABETICO
❒	93 ORTOP. E TRAUMATOLOGIA 2	❒	157 CHIR. MAXILLO-FACCIALE
❒	94 CHIR. GEN. E D'URGENZA	❒	184 SD CHIR GEN E PERITONEALE
❒	97 CHIR. ESO/C. PROCTOL E DEL PAV.PELVICO	❒	200 CENTRO MULTIDISC. RIC. BREVE
❒		❒	

	NON CONFORMITÀ RILEVATA	NOTE
❒	Assenza modulo invio/ritiro (moduli T01,02,03/PA14B)	
❒	Errata compilazione modulo invio/ritiro (moduli T01,02,03/PA14B)	
❒	DM monouso	
❒	Mancanza libretto istruzioni in lingua italiana	
❒	DM bagnato o con presenza di materiale organico o inorganico (ad esempio, colla, garza, carta, etc…)	
❒	DM non decontaminato (esclusivamente a carico delle sale operatorie)	
❒	Manca lista operatoria del giorno	
❒	Presenza nel cestello di oggetto acuminato non prevista dalla Check list	
❒	Altro	

DATA …../…../……. **OPERATORE (NOME E COGNOME) ……..……**

FIRMA …….....

*Il presente modulo, debitamente compilato, deve essere inviato per fax alla struttura inviante e per conoscenza al CI Centrale di Sterilizzazione (fax: 7481) e deve essere conservato nell'apposito raccoglitore.