



## KARTA DOKUMENTACJI PROCESÓW STERYLIZACJI

Imię i nazwisko pacjenta ..... Nr Księgi Gł. ....

<b>Oddział Porodowy</b> (wpisać datę i rodzaj zabiegu, podpis wklejającego metki)	<b>Oddział Operacyjny</b> (wpisać datę i rodzaj zabiegu, podpis wklejającego metki)	<b>Pozostałe oddziały</b> (wpisać nazwę oddziału, datę i rodzaj zabiegu, podpis wklejającego metki)