P.O. di …… **SOC di ……**

ELENCO DISPOSITIVI MEDICI
DA SOTTOPOPRRE 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 ……