|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **OTOKLAV 1** | **OTOKLAV 2** | **OTOKLAV 3** | **TESTİ YAPAN** | **KONTROL SORUMLU** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ****AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ VAKUM KAÇAK TESTİ KAYIT FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-299 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 1 |

NOT: VAKUM KAÇAK TESTİ OTOKLAVIN İLK KULLANIMINDA BOWİE&DİCK TESTİNDEN ÖNCE YAPILMALIDIR.

KAÇAK ORANI, 1milibar/dakikadan AZ İSE HAFTADA BİR KEZ; 1milibar/dakikadan FAZLA İSE HERGÜN KONTROL EDİLMELİDİR.; 1,3 milibar/dakika ÜZERİNDE İSE CİHAZIN ÇALIŞTIRILMASI DURDURULMALIDIR.