

HOSPITAL/CLÍNICA:

Servicio:

Semana del.....al.....

| Fecha | Nº de ciclos | Sustitución Filtros |     |     |     |     |     |     | H.1 | H.2 | H.3 | H.4 | H.5 | M.1 | A.1 | Sustitución Filtros |             | Prefiltros | Revisión | Intervención | Comentarios / Fecha de expiración | Firma del participante |  |
|-------|--------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------------|-------------|------------|----------|--------------|-----------------------------------|------------------------|--|
|       |              | Q.1                 | Q.2 | Q.3 | Q.4 | Q.5 | Q.6 | Q.7 |     |     |     |     |     |     |     | 0.2 µm agua         | 0.2 µm aire |            |          |              |                                   |                        |  |
|       |              |                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                     |             |            |          |              |                                   |                        |  |
|       |              |                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                     |             |            |          |              |                                   |                        |  |
|       |              |                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                     |             |            |          |              |                                   |                        |  |
|       |              |                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                     |             |            |          |              |                                   |                        |  |
|       |              |                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                     |             |            |          |              |                                   |                        |  |
|       |              |                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                     |             |            |          |              |                                   |                        |  |
|       |              |                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                     |             |            |          |              |                                   |                        |  |
|       |              |                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                     |             |            |          |              |                                   |                        |  |

Firma del referente:

Comentarios: