Gäller för: Dialysmottagning Munkedal, Dialys- och Njursviktsmottagning NÄL
Giltig från: 2026-11-03
Innehållsansvar: Anita Fredriksson, (anifr), Sektionsledare
Giltig till: 2028-11-03
Granskad av: Anna Bäck, (annba60), Apotekare
Godkänd av: Eva-Lis Henriksson, (evahe47), Vårdenhetschef

Checklista städrutiner GMP Q Di 321

1 ex i avdelningspärm, 1 ex vid varje rum/lokal för signering

ÅRTAL ..... **LOKAL:** .....

Datum	JAN	FEB	MARS	APR	MAJ	JUNI	JULI	AUG	SEP	OKT	NOV	DEC
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

Sign efter utfört arbete. På lista läkemedelsrum innebär sign även daglig städ handfat.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Dialysmottagning Munkedal, Dialys- och Njursviktsmottagning NÄL

Innehållsansvar: Anita Fredriksson, (anifr), Sektionsledare

Granskad av: Anna Bäck, (annba60), Apotekare

Godkänd av: Eva-Lis Henriksson, (evahe47), Vårdenhetschef

Dokument-ID: NU10066-406871065-98

Version: 17.0

Giltig från: 2026-11-03

Giltig till: 2028-11-03