

Gäller för: Dialysmottagning Munkedal, Dialys- och Njursviktsmottagning NÄL

Giltig från: 2025-04-22

Innehållsansvar: Anita Fredriksson, (anifr), Sektionsledare

Giltig till: 2027-04-22

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

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Dialysmottagning Munkedal, Dialys- och Njursviktsmottagning NÅL

Innehållsansvar: Anita Fredriksson, (anifr), Sektionsledare

Granskad av: Anna Bäck, (annba60), Apotekare

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

Dokument-ID: NU10066-406871065-98

Version: 16.0

Giltig från: 2025-04-22

Giltig till: 2027-04-22