	ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ ……NOLU BUHAR OTOKLAVI HELİX İNDİKATÖRÜ TEST TAKİP FORMU			
Doküman Kodu **SDS. FR.17**	**Yayın Tarihi** **25.12.2024**	**Revizyon Tarihi**	**Revizyon No**	**Sayfa Sayısı** **1 / 1**

TARİH	**SAAT**	**UYGULAYAN**	**KONTROL EDEN**	**HELİX İNDİKATÖR**	**DEĞERLENDİRME**
…/…/20..					
.../…/20..					
…/…/20..					
.../…/20..					
…/…/20..					
…/…/20..					
.../…/20..					
…/…/20..					
.../…/20..					
…/…/20..					
…/…/20..					
…/…/20..					
.../…/20..					
…/…/20..					
.../…/20..					
…/…/20..					
.../…/20..					
…/…/20..					
.../…/20..					
…/…/20..					
…/…/20..					
…/…/20..					
…/…/20..					

ENFEKSİYON KONTROL SORUMLUSU **İMZA:**