**Skötsel av medicinsk gas på flaska – protokoll för dokumentation Enhet:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kontrollerna genomförs och dokumenteras varje månad. Skriv datum och signatur vid utförd uppgift.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Jan** | **Feb** | **Mars** | **April** | **Maj** | **Juni** | **Juli** | **Aug** | **Sep** | **Okt** | **Nov** | **Dec** |
| **Hållbarhetskontroll –**Medicinska gasflaskor  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hållbarhetskontroll –** Slangar och masker |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Förvaring**Kontroll att gasflaskorna förvaras säkert enligt lokala och regionala rutiner |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Förvaring**Kontroll att tomma resp. fyllda flaskor står väl åtskilda på uppmärkt plats |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gasmängd**Avläsning av manometer(ej obligatoriskt) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Varje halvår** kontrollera att skyltar finns och sitter på rätt ställe, genomfört (datum och signatur): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Årlig genomgång** av gashanteringen på vårdenheten, till all berörd personal, genomfört (datum och signatur):