

ŽÁDOST O VYUŽITÍ OPERAČNÍCH SÁLŮ

Vedoucí týmu / řešitel / zodpovědná osoba _____

Pracoviště _____

Název experimentu _____

Číslo povolení _____ Platnost od _____ do _____

Termín konání od–do (datum, čas) _____ – _____

Spotřební materiál zajištěn

Požadavky na přístrojové vybavení a instrumentárium:

sonograf	koagulace – generátor	jiné:
endoskopická souprava	laryngoskop	_____
monitor vitálních funkcí	ultrazvuková myčka	_____
odsávačky	vyhřívací podložka	_____
ventilátor	základní chirurgické síto	_____

Seznam osob účastnících se experimentu:

Stvrzuji svým podpisem, že jsem se seznámil s vnitřními pravidly provozu operačních sálů i všemi dotčenými dokumenty a seznámil jsem s nimi i všechny osoby, účastníci se experimentu.

Beru na vědomí, že se před zahájením experimentu nechám proškolit v bezpečnosti práce v potřebném rozsahu a proškolím všechny ostatní osoby, účastníci se experimentu, nakolik se jich to týká.

Datum a jméno zodpovědné osoby