



PROTOCOLE DE NETTOYAGE, DE STÉRILISATION OU DE DÉSINFECTION HAUT NIVEAU

Nom : _____ No membre : _____

Établissement : _____

J'utilise le protocole de nettoyage, de stérilisation ou de désinfection haut niveau, selon les recommandations du fabricant, tel que stipulé au protocole de l'Association des pédicures du Québec. (document joint)

Nettoyage

<u>Produits et/ou équipement</u>	<u>Durée de trempage</u>
BM 5000 <input type="checkbox"/>	_____
Accel wash <input type="checkbox"/>	_____
Cidezyme <input type="checkbox"/>	_____
Microzyme <input type="checkbox"/>	_____
Ultrasons <input type="checkbox"/>	_____

Stérilisation ou désinfection haut niveau

<u>Produits et /ou équipement</u>	<u>Durée de trempage</u>
BM 28 <input type="checkbox"/>	_____
Accel CS 20 <input type="checkbox"/>	_____
Cidex OPA <input type="checkbox"/>	_____
Instrubex G <input type="checkbox"/>	_____
Autoclave <input type="checkbox"/>	_____

Signature

Date