|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [樣本]  **工程許可證表格**  醫療氣體管道系統  風險水平：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 許可證編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | **第一部分** | 獲授權人士對工程之描述及經由專責醫生／專責護士長予以批准方可進行工程  本處所將進行以下工程：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  施工圖編號：\_\_\_\_\_\_\_\_施工程序編號：\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  開始施工時間／日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  完成工程時間／日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*須在施工圖上標註受影響的醫療位置、管道及氣閥。  獲授權人士（醫療氣體管道系統）  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  此工程須經臨牀／護理批准並由以下人士作出批核  專責醫生／專責護士長  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **第二部分** | 合資格人士（醫療氣體管道系統）接納工程及條件  本人接受所述之工程。  本人或在本人監督下工作之人士將不會進行其他工程。  本人完全熟悉所述的工作及相關的健康及安全規定。  合資格人士（醫療氣體管道系統）  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **第三部分** | 確認施工完成、工程測試結果及可進行藥物測試  第一部分所述之工程已完成並進行了下列工程測試。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **測試** | **及格／不及格** | **測試** | **及格／不及格** | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   本人已通知獲授權人士（醫療氣體管道系統）所有已進行的工程和測試，並提供了裝置的詳情。  測試結果為滿意／不滿意。  裝置處於安全狀態。  合資格人士（醫療氣體管道系統）  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  系統已經準備／尚未準備進行藥物測試，此許可因此而取消。  獲授權人士（醫療氣體管道系統）  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **第四部分** | 經由質素控制人員（醫療氣體管道系統）及獲授權人士（醫療氣體管道系統）接納藥物測試及授權使用系統   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **氧氣** | **氧化亞氮** | **氧化亞氮／氧氣** | **醫用**  **空氣體** | **手術用**  **空氣** | **醫用真空** | **麻醉氣體清除系統** | | 測試 | 及格／  不及格 | 及格／  不及格 | 及格／  不及格 | 及格／  不及格 | 及格／  不及格 | 及格／  不及格 | 及格／  不及格 | | 驅氣及注入 |  |  |  |  |  |  |  | | 氣體識別 |  |  |  |  |  |  |  | | 氣體質素 |  |  |  |  |  |  |  | | 粒子量度 |  |  |  |  |  |  |  | | 管道氣味 |  |  |  |  |  |  |  |   測試結果為滿意／不滿意。系統可以被使用／不可以被使用。  質素控制人員（醫療氣體管道系統）  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  獲授權人士（醫療氣體管道系統）  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **第五部分** | 系統狀態經由專責醫生／專責護士長接納  本人聲明所有工程方面的事宜已獲解釋。本人在此接納系統已經準備／尚未準備提供服務，而承諾將此服務狀態告知所有有關職員。  專責醫生／專責護士長  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  病房／部門：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |