|  |
| --- |
| [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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |