



REGISTRO DE CONTROLE BIOLÓGICO

1 N° de Identificação da Autoclave: _____

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Teste | | Controle | |
| | | | |

Negativo () Negativo ()
Positivo () Positivo ()

Aprovação do teste e do equipamento
Aprovado Reprovado

Ass.: _____ Data: _____

2 N° de Identificação da Autoclave: _____

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Teste | | Controle | |
| | | | |

Negativo () Negativo ()
Positivo () Positivo ()

Aprovação do teste e do equipamento
Aprovado Reprovado

Ass.: _____ Data: _____

3 N° de Identificação da Autoclave: _____

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Teste | | Controle | |
| | | | |

Negativo () Negativo ()
Positivo () Positivo ()

Aprovação do teste e do equipamento
Aprovado Reprovado

Ass.: _____ Data: _____

4 N° de Identificação da Autoclave: _____

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Teste | | Controle | |
| | | | |

Negativo () Negativo ()
Positivo () Positivo ()

Aprovação do teste e do equipamento
Aprovado Reprovado

Ass.: _____ Data: _____

5 N° de Identificação da Autoclave: _____

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Teste | | Controle | |
| | | | |

Negativo () Negativo ()
Positivo () Positivo ()

Aprovação do teste e do equipamento
Aprovado Reprovado

Ass.: _____ Data: _____

6 N° de Identificação da Autoclave: _____

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Teste | | Controle | |
| | | | |

Negativo () Negativo ()
Positivo () Positivo ()

Aprovação do teste e do equipamento
Aprovado Reprovado

Ass.: _____ Data: _____

7 N° de Identificação da Autoclave: _____

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Teste | | Controle | |
| | | | |

Negativo () Negativo ()
Positivo () Positivo ()

Aprovação do teste e do equipamento
Aprovado Reprovado

Ass.: _____ Data: _____

8 N° de Identificação da Autoclave: _____

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Teste | | Controle | |
| | | | |

Negativo () Negativo ()
Positivo () Positivo ()

Aprovação do teste e do equipamento
Aprovado Reprovado

Ass.: _____ Data: _____