# Protokol o instruktáži zaměstnanců ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2017/745 o zdravotnických prostředcích v platném znění

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nemocnice**  **\****zaškrtněte* | **PKN** | **CHN** | **OUN** | | | **SYN** | | **LIN** | |
| **Klinika/oddělení/pracoviště:** | | | | | | | | | |
| **Zdravotnický prostředek, typ:** *\*uveďte přesný název a typ zdravotnického prostředku* | | | | | | | | | |
| **Riziková třída zdravotnického prostředku**  **\****zaškrtněte* | | | | **I.** | **II.a** | | **II.b** | | **III.** |
| **Příslušenství:** *\*uveďte používané příslušenství k zdravotnickému prostředku, je tedy součástí školení* | | | | | | | | | |
| **Školitel:** *\*jméno, příjmení, podpis, razítko, název a sídlo společnosti, event. jiná další konkretizace školící osoby*  Jméno; příjmení: ………………………………………………………………………………………………………………….  Název společnosti: ……………………………………………………………………………………………………………….  Sídlo společnosti: …………………………………………………………………………………………………………………  Další: ………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Školitel (autorizovaná osoba) prohlašuje, že:**  Účastníci absolvovali instruktáž o zacházení s uvedeným zdravotnickým prostředkem a jeho používání v souladu s návodem k použití, i s ohledem na používání příslušenství, programového vybavení a možných kombinací použití s dalšími zdravotnickými prostředky a rovněž byli seznámeni s riziky spojenými s používáním uvedeného prostředku. Školené tématice účastníci porozuměli, což stvrzují svým podpisem.  Tyto proškolené osoby jsou oprávněny a schopny provádět instruktáž dalších zaměstnanců v plném rozsahu a v souladu s obsahem návodu k obsluze (*zaškrtněte vybranou variantu k tomuto tvrzení - ANO / NE*).  Podpis, datum, event. razítko: ………………………………………………………………………. | | | | | | | | | |

| **Datum** *(pouze pokud je odlišný od data**výše)*  *den.měsíc.rok*  **Den, měsíc, rok** | **Titul, jméno a příjmení školence** | **Podpis školence** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Dokument uchovávejte po celou dobu používání zdravotnického prostředku a 1 rok po jeho vyřazení z evidence.