

Name _____ Geb.Datum _____

KH und Station: _____ Tel.: _____ Datum der Einschulung _____

Bestätigung der Qualifikation: _____
Datum/Unterschrift des Mitarbeiters Datum/Unterschrift des Gerätebeauftragten

Für ausstellende Stelle: Beleg _____ ID-Nr _____

 +
  +
  +
  = 

1. „Theorie“ 2. „Zugluagat“ 3. „Unter Anleitung“ 4. „Selbst gemacht“ „OK“

Schulungsinhalte		OK
1. Präanalytik	SOP*	
- kapilläre Abnahme		
- Mögliche Fehler und deren Auswirkungen		
2. Gerätebedienung	Manual*	
- Gerätekomponenten (Netzanschluß, Ein/Aus Schalter, Interner Barcode , Scanner, Chargenwechsel, Teststreifen)		
- Bildschirmnavigation		
- Eingabe/Scannen von Nutzer ID und Patientendaten	SOP *	
3. Befunde	SOP/Manual*	
- was ist am Bildschirm zu beachten (Fehlermeldungen, unter/über Messbereich, QK nicht im Bereich,...)		
4. QM-System	SOP/Manual*	
- Qualitätskontrollen wöchentlich		
- Beurteilung „pass“, „fail“, Sperrung		
- Vorgehen, um Sperrung aufzuheben		
5. Wartung und Wechsel von Verbrauchsmaterialien	SOP/Manual*	
- Reinigung mit feuchtem Tuch		
- Lagerung der Materialien		
6. Fehler		
- Ausweichgerät/ Hotline		
*Unterlagen: SOP AA001 Glucose am ACCU-.Check Inform II (siehe Intranet für aktuelle Version) Manual ACCU-Check Inform I Beipackzettel der Teststreifen Beipackzettel der Kontrollen Level 1 und Level 2		