

Patientens namn: _____

Patientens personnummer: _____

Namn låntagare: _____ (texta)

Utförare/Verksamhet: _____

Telefonnummer: _____

Datum för utlåning: _____

Klipp efter återlämning - - - - -

Detta original sparas hos utlånaren. Kopia lämnas till låntagaren som fyller i "Kontroll efter användning" och tar med kopian vid återlämning.

Skriv MT-nummer (står på pumpen och på lådan) _____

Kontroll efter användning: Ringa in "Ja" eller "Nej"

Visuell kontroll:	Ja	Nej	Åtgärd:	
1. Finns det skador på pumpen?	Ja	Nej	Om Ja på 1-3: rapportera till utlånande enhet som tar kontakt med MTIT	
2. Finns skador på skyddsvingarna?	Ja	Nej		
3. Finns skador på sprutfastsättningen?	Ja	Nej		
Funktionskontroll:			Om Nej på 4-10: rapportera till utlånande enhet som tar kontakt med MTIT	
4. Syns alla segment i displayen?	Ja	Nej		
5. Fungerar bakgrundslyset?	Ja	Nej		
6. Fungerar ljudet?	Ja	Nej		
7. Kan sprutan sättas fast?	Ja	Nej		
8. Fungerar alla knappar?	Ja	Nej		
9. Har infusionen fungerat?	Ja	Nej		
10. Är pumpen inställd på "10" (-ml sprutstorlek), "f 415" (µl/h), övriga inställningar "0"?	Ja	Nej		
11. Visas batteriindikatorn eller "bAtt"?	Ja	Nej		Om Ja på 11: byt batteri
Rengöring:				Om Nej på 12: rengör
12. Är pumpen rengjord med Isopropanol?	Ja	Nej		
Tillbehör:			Om Nej på 13: fyll på	
13. Finns det två batterier, instruktion, öppningsverktyg, spruta och subkutan nål i lådan?	Ja	Nej		

Datum för återlämning: _____

Signering: _____