

▼ FILL IN THIS SECTION OF THE REPORT COMPLETELY. Please print clearly. Remember your E-mail!
VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION DU RAPPORT AU COMPLET. En caractères d'imprimerie S.V.P. N'oubliez pas votre E-mail.

steriSAFE Customer ID | Numéro d'identification du steriSAFE: _____ Office Name | Bureau Nom: _____

Address | Adresse: _____ City | Ville: _____ Prov.: _____

Postal Code | Code postal: _____ ✳E-mail: _____

Phone | Téléphone: _____ Fax | Télécopieur: _____

Test Performed By | Test effectué par: _____ Date Sterilizer Tested (MM/DD/YY) | Date de l'essai du stérilisateur (MM/JJ/AA): _____

Type of Sterilization | Type de stérilisation: Dry Heat | Chaleur sèche EO Gas | Gaz EO Vapour | À vapeur
 Steam | Autoclave Chemical | Chimique Other (specify) | Autre (préciser) _____

Brand of Sterilizer | Marque du stérilisateur: _____ Model | Modèle: _____

Serial # | N° de série: _____ Contents & Size of Load | Contenu et taille du chargement: _____

Location of Spore Strip | Emplacement de la bande d'essai: _____

STERILIZING CONDITIONS | CONDITIONS DE STÉRILISATION:

Temperature | Température: _____ Pressure (PSI) | Pression (kPa): _____ Exposure Time | Durée d'exposition: _____

I hereby certify that the information provided has been obtained and recorded in accordance with the instructions provided within this document. J'atteste, par la présente, que les renseignements fournis ont été obtenus et inscrits en conformité avec les directives indiquées dans ce document.

Print Name | Nom (en caractères d'imprimerie) _____ Signature _____ Date (MM/DD/YY) | (MM/JJ/AA) _____

▼ FOR LAB USE ONLY | À L'USAGE DU LABO SEULEMENT. Lab Reference N° | N° de réf. du labo: _____

Culture Start Date (MM/DD/YY) | Date de Début de la culture (MM/JJ/AA): _____ Spore Strip Lot # | N° de lot de la bande d'essai: _____

Incubation Temp. | Temp. D'incubation: 55°C–60°C Bacillus stearothermophilus 35°C–37°C Bacillus atrophaeus

RESULTS (for lab only) | RÉSULTATS (à l'usage du labo seulement):

PASSED No spore growth observed on test strip. FAILED Spore growth observed on test strip.
RÉUSSI Aucune croissance des spores n'a été observée sur la bande d'essai. ÉCHOUÉ Une croissance des spores a été observée sur une ou sur la bande d'essai.

Test #1 Results Résultats de l'essai 1	Control Results Résultats de contrôle	— = No Growth (Sterile) Aucune croissance (stérile)
+ — Days/Jours: _____	+ — Days/Jours: _____	+ = Growth (Non-Sterile) Croissance (non stérile)

Date of final culture evaluation | Date de l'évaluation de la culture finale: _____

RECOMMENDATIONS (FOR LAB ONLY) | RECOMMANDATIONS (À L'USAGE DU LABO SEULEMENT):

- Follow CDC guidelines | Suivre les lignes directrices du CDC: Check sterilizer for proper use and function. Repeat spore test immediately. Vérifier si le stérilisateur est bien utilisé et s'il fonctionne de façon adéquate. Refaire la vérification de stérilité immédiatement.
- Service sterilizer as soon as possible | Procéder à un service d'entretien du stérilisateur le plus rapidement possible. Do not use until serviced. Repeat spore test after servicing. Ne pas utiliser tant que l'entretien n'a pas été effectué. Refaire la vérification de stérilité après l'entretien de l'appareil.

Report E-mailed to | Rapport soumis par email à: _____ Date (MM/DD/YY) | (MM/JJ/AA): _____

Comments | Commentaires: _____