

Sammanfattning av provningar

Härmed intygas att följande provningar har utförts på den medicinska

centralgasanläggningen vid _____

Formulär	Beskrivning	Prov krävs Ja/Nej	Procedur	Provning genomförd med godkänt resultat (datum)
D.2	Märkning och upphängningsdon		C.2.1	
D.3	Konstruktionskrav		C.2.2	
D.4	Läckage av vakuum		C.3.1.1 C.3.1.2	
D.5.1	Läckage av komprimerade gaser		C.3.1.3	
D.5.2	Läckage av komprimerade gaser, uppströms		C.3.1.4 / C.3.1.6	
D.5.3	Läckage av komprimerade gaser, nedströms		C.3.1.4 / C.3.1.6	
D.6.1	Kombinerat test för hållfasthet och täthet innan försegling av rördragning		C.3.1.5	
D.6.2	Kombinerat test för hållfasthet och täthet efter försegling av rördragning	---	C.3.1.6	Se D.5.2 och D.5.3
D.7	Läckage, funktion avstängningsventiler		C.3.2	
D.9	Gasflödeshinder, felkopplingar, funktion och flöden i gasuttag och NIST-kopplingar		C.3.3 C.3.4 C.3.5	
D.11	Systemprestanda		C.3.6 C.3.7	
D.12	Säkerhetsventiler		C.3.8	
D.13	Gasförsörjningar		C.3.9	
D.14	Övervaknings- och larmsystem		C.3.10	
D.15	Kontroll av föroreningar med partiklar		C.3.11	
D.16	Kontroll av renheten av luft		C.3.12	
D.20	Påfyllning av specifik gas		C.3.15	
D.21	Identifiering av gassort		C.3.16	
	Avlägsnande av installationsmärkning			

Representant för installatören/tillverkaren

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____

Representant för sjukhuset

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____

Besiktningsman

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____