

**Kontroll av läckage av komprimerade medicinska gaser uppströms sektionsavstängningsventiler eller linjeregulatorer**

Sjukhus: \_\_\_\_\_ Dragningschema: \_\_\_\_\_

Härmed intygas att kontroll av läckage enligt C.3.1.4 och C.3.1.6 har utförts på följande rörledningssystem efter försegling av rördragning.

Medicinsk gas	Provad sektion	Antal tim provning	Provtryck (bar)	Tryckfall $\Delta p$ (bar)	Start temp. (°C)	Slut temp. (°C)	Tryckfall beroende på temp. (bar)	Godkänd / Ej Godkänd $\Delta p \leq 0,025\%/h$

Använt kontrollinstrument: \_\_\_\_\_

**Representant för installatören/tillverkaren**

Befattning: \_\_\_\_\_ Namnteckning: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande \_\_\_\_\_

**Besiktningsman**

Befattning: \_\_\_\_\_ Namnteckning: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_