

密合度測試記錄



日期： _____

擠壓次數： _____

呼吸器使用者姓名/電話： _____

職稱/部門： _____

主管姓名/電話： _____

吸入危害描述： _____

密合度測試

所選呼吸器類型： _____

呼吸器製造商： _____

所選呼吸器尺寸與型號： _____

使用的定性協議：

| | | |
|--------------|----------|-----------|
| ____ 乙酸異戊酯 | 通過 _____ | 未通過 _____ |
| ____ 糖精 | 通過 _____ | 未通過 _____ |
| ____ Bitrex® | 通過 _____ | 未通過 _____ |
| ____ 刺激性煙霧 | 通過 _____ | 未通過 _____ |

訓練

| | |
|-------------|---------------|
| 限制 _____ | 貯存 _____ |
| 穿上 _____ | 更換濾材/濾罐 _____ |
| 調整 _____ | 保護眼睛 _____ |
| 密合度檢查 _____ | 面罩問題 _____ |
| 維護保養 _____ | 氣味臨界值 _____ |

完成訓練日期： _____

完成密合度測試日期： _____

員工簽名： _____

密合度測試員簽名： _____