|  |
| --- |
| Nom et no de série : Emplacement : |
| **Évaluation de la minuterie****(à la réception et après réparation seulement)** | **Date** | **Minuterie** | **Chronomètre** | **Faite par** |
|  | **10** |  |  |
| **15** |  |
| **20** |  |
| **30** |  |
| **45** |  |
| Détermination du temps optimal de centrifugation |
| **Dilution optimale utilisée :** | Anti- \_\_\_\_\_\_\_\_ dilué \_\_\_\_\_\_ |
| Critère | **Temps de centrifugation (secondes)** |
| **10** | **15** | **20** | **30** | **45** |
| Surnageant limpide? | Pos | Nég | Pos | Nég | Pos | Nég | Pos | Nég | Pos | Nég |
| **Culot globulaire bien délimité?** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Culot globulaire facile à remettre en suspension?** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Intensité de l’agglutination (résultat)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Date du test :** |  |
| **Exécuté par :** |  |

O = Oui

N = Non

|  |
| --- |
| Temps optimal de centrifugation : \_\_\_\_\_\_\_\_secondes |

Commentaires :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Données facultatives : Réception Service Inspection annuelle  |