

Kontrollplan bei Norovirenausbruch

Ausbruchdatum: _____ Genesungsdatum: _____ + 72 Stunden Abschlussdesinfektion: _____

WAS	PRODUKT		DOSIERUNG / EINWIRKZEIT	UNTERSCHRIFT						
				MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1 			PUR 							
2 			PUR 							
3 			5 CAPS 5 l 							
4 			1 CAP 1 l 							
5 			35 ml / kg TW 							
6 			38 ml / kg TW 							
7 			PUR 							
8 			PUR 							
9 			2 CAPS 2 l 							