

FICHE AUDIT CU MEDICAL « NF-1200 / NF-1201 »

Société (Collectivité, administration, entreprise...) :

Adresse :

Adresse du défibrillateur si différente :

Emplacement du DAE (hall d'entrée, sous l'escalier B, salle de réunion...) :

Nom du référent :

Adresse email :

Téléphone :

Portable :



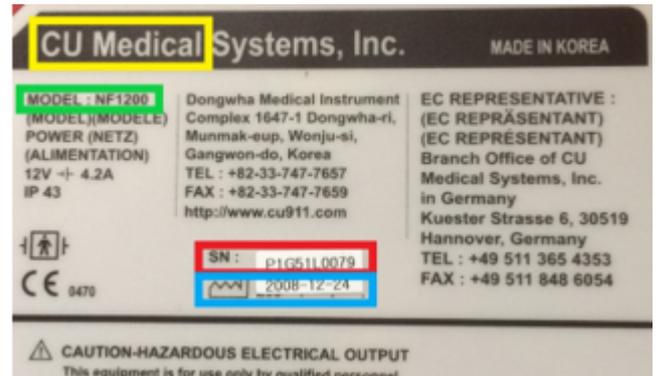
Marque et Type (Model) :

(Ex : DSA **Cu-Medical NF-1200**) en précisant si Entièrement Automatique « DEA » ou Semi « DSA »

Numéro de série du défibrillateur :

A l'arrière du défibrillateur (Ex : S/N **P1G08B123**)

L'indicateur du défibrillateur clignote : Oui / Non



Date de la mise en service :/...../.....

(Si inconnue, nous transmettre la date d'achat) :

Date de fabrication du DAE :-.....-.....

(A l'arrière du défibrillateur, proche du logo "usine")

Date de péremption et n° lot des électrodes thérapeutiques « adulte »

Date : lot :

Cochez la référence : CUA0903PF Autre, précisez :

Date de péremption et n° lot des électrodes « pédiatriques »

Date : lot :

Cochez la référence : CUA0512PF Autre, précisez :

Date du dernier changement de la batterie lithium :/...../.....

Lot, date de fabrication et date limite de mise en service de la pile

(Inscrits sur la batterie)

Lot :

Date de fabrication (logo usine) : /

Date limite de mise en service : /



Le défibrillateur est stocké en permanence entre 5°C et 35°C : Oui / Non

(Boîtier non exposé au soleil, ventilant, chauffant et alimenté pour les extérieurs, emplacement chauffé l'hiver pour les intérieurs...)

Cochez l'installation : Extérieur Intérieur

Présence d'un PC Sécurité : Oui / Non **Présence d'un accueil :** Oui / Non

DAE Accessible 24h/24h et 7j/7j : Oui / Non **Si la réponse est « Non » merci de préciser les jours et horaires d'accès au DAE :**

Date :

Nom :

Signature Client / Référent :