

FICHE AUDIT CU MEDICAL « SP1 »

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 :



CU MEDICAL SP1 DEA

CU MEDICAL SP1 DSA

Défibrillateur Entièrement Automatique « DEA » ou Défibrillateur Semi-Automatique « DSA »

L'indicateur « cercle » du défibrillateur est présent : Oui / Non

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

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

Numéro de série du défibrillateur :

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : S/N **G1J48E0608**)

Date de fabrication du DAE :/...../.....

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

Informations sur les électrodes thérapeutiques « adulte » (Informations visibles sur la face avant du sachet des électrodes)

Référence (présente sur la face avant) :

Lot (à côté du logo « LOT ») :

Date de péremption (à côté du logo SABLIER) :/.....

Informations sur les électrodes « pédiatrique » (Informations visibles sur la face avant du sachet des électrodes)

Référence (à côté du logo « REF ») : (présente sur la face avant) :

Lot (à côté du logo « LOT ») :

Date de péremption (à côté du logo SABLIER) :/.....

OU présence d'un bouton pédiatrique. Si bouton, cochez la case : Présence d'un bouton pédiatrique



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

Nombre de Ah : Référence de la batterie :

Date limite mise en service de la batterie lithium :/.....

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

Lot et date de fabrication de la pile : Lot : Date :/.....

Numéro de la version :

(Pour obtenir la version, il faut rester appuyé sur le bouton « i » pendant plus d'une seconde)

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 :

