

FICHE AUDIT HEARTSINE « PAD 300/300P/350P/360P/500P »

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 :

(Ex : DSA **Heartsine Samaritan Pad 300P**)

en précisant si Entièrement Automatique « DEA » ou Semi « DSA »

Numéro de série du défibrillateur :

A l'arrière du défibrillateur. (Ex : S/N **08A00038832**)



L'indicateur du défibrillateur clignote : Oui / Non



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

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

Date de péremption et n° lot du Pad-Pak thérapeutique « adulte »

Date : Lot :

Cochez la référence : Pad-Pak-03 Autre, précisez :

Date de péremption et n° lot du Pad-Pak « pédiatrique »

Date : Lot :

Cochez la référence : Pad-Pak-04 Autre, précisez :

Année Guidelines (AHA/ERC) :

(Étiquette « non systématique » sur la face avant du défibrillateur. Ex : AHA/ERC 2005)



Le défibrillateur est stocké en permanence entre 5°C et 45°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 :