

FICHE AUDIT PHYSIO CONTROL « LIFEPAK CR Plus »

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 :

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : DSA **Physio Contrôl CR Plus**)

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

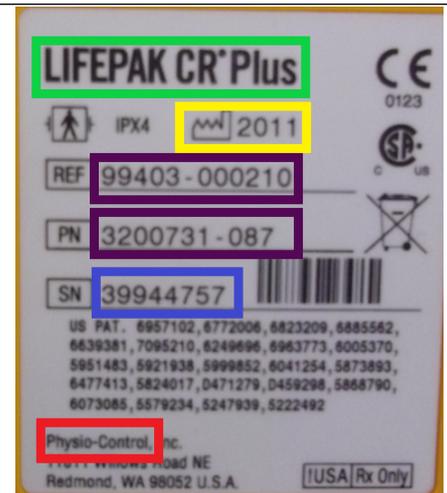
Numéro de série du défibrillateur :

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : S/N **39944757**)

Référence et n° de produit :

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : **REF 99403-000210 PN 3200731-087**)

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



Si un des symboles CHARGE-PAK, CLÉ ou ATTENTION s'affiche.
Entourer le symbole et noter le nombre de bip à l'allumage.

Nombre de bip :

Symboles



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

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

Date de fabrication :

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

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

Date : Lot :

Cochez la référence : 3200727 Autre, précisez :

Date de péremption, référence et des électrodes « pédiatriques »

Date : Lot :

Cochez la référence : 3202380 Autre, précisez :

Lot du Charge-Pak :

Référence du Charge Pak :

Date de péremption du Charge-Pak :

.....



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 :