

FICHE AUDIT PRIMEDIC « AS / AED / PAD »

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 **Primedic HeartSave AS**)

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

Numéro de série du défibrillateur :

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : S/N **73763000164**)



Date de fabrication du DAE :

(A l'arrière du défibrillateur sous le titre F.-Code Ex : **0411**)

Seul l'indicateur OK est apparent : Oui / Non

OK



Si l'un des deux symboles ci-dessous est présent, merci de l'entourer.

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

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



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

Date : Lot :

Important. Cochez la référence des électrodes :

AED/PAD-NC : 96387 96532 96659 96660 97013 97167 97240

AED/PAD-PC : 97063 97066 97068 96678 97082 97085 97519 97531
97538 97611

AS : 97026 97034 97040 97042 97205 97383

Autre, précisez :

Année Guidelines :

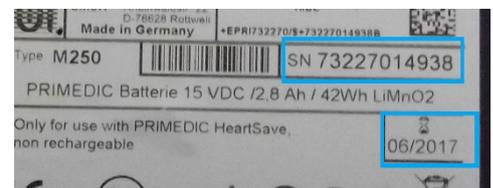
(Étiquette près du connecteur des électrodes)



Date du dernier changement de la batterie lithium :

N° de série de la batterie :/...../.....

Date de péremption : (Indiquez sur la batterie)/.....



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 :