**REGISTRE DE SECURITE, QUALITE ET MAINTENANCE DES DISPOSITIFS MEDICAUX**

 **№ identifiant dans l’établissement** :

 **Nom d’usage** : **№ d’immobilisation** :

**Nom nomenclature** :

**Nom commercial** : **№ Série** :

**Fabricant** :

**Fournisseur** (*Nom – Coordonnées*) :

**Localisation du Dispositif médical** :

 **Date de mise en service** : **Durée d’exploitation** :

|  |  |
| --- | --- |
| *En AMONT* | *En AVAL* |
|  |  |

**Dispositifs Médicaux ou Equipements rattachés** :

|  |  |
| --- | --- |
| *Nom du document* | *Lieu* |
|  |  |

**Fiches ou documents rattachés :**

|  |  |
| --- | --- |
| *Types de maintenances* | *Lieux* |
|  |  |

**Maintenances effectuées:**

**Observations complémentaires :**

**DESCRIPTION DE L’ETABLISSEMENT DE SANTE**

**Nom :**

 **Type :**

 **Adresse :**

**Responsable du Dispositif Médical :**

**Maintenance :----------------------------------------------------------------**

**Contrôle Qualité :-----------------------------------------------------------**

**Sécurité :-----------------------------------------------------------------------**

**Date de la réforme :----------------------------------------------**