**Biomédical : check-list Respirateur Réanimation Servo i**

Maintenance préventive réalisée 1 fois par an

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du dispositif médical** | **Site :** |
| Catégorie : |  |
| Marque/Modèle/Type : |
| N° série : | **Service :** |
| N° inventaire : |  |
| Date : |

|  |
| --- |
| **Appareil de tests** (vérifiés et étalonnés) |
| **Description** | **N° Equipement** | **Type/Modèle** | **Date validité étalonnage** |
| Testeur de sécurité électrique |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Contrôles visuels** |
| **Description** | **C** | **NC** |
| Vérifier l’intégrité de l’appareil : état boîtier/châssis |  |  |
| Vérifier la fonction de base de l’unité (fonctionnement, affichages, lisibilité) |  |  |
| Vérifier l’état des câbles et connections d’alimentation secteur/gaz |  |  |
| Vérifier le verrouillage des tuyaux de gaz |  |  |
| Vérifier l’état de la cellule O2 et de la membrane (menu Etat) |  |  |
| Vérifier les valeurs des fusibles accessibles de l’extérieur |  |  |
| Vérifier les batteries lithium  |  |  |
| **Performances** |
| Effectuer les tests internes du panel |  |  |
| Remplacer le kit 5000 Hrs en fonction du nombre d’heures |  |  |
| **Contrôles de sécurité** (en cas de panne secteur) |
| Vérifier la bonne communication batterie secteur |  |  |
| **Alarmes et sécurité** (visuelles et sonores) |
| Vérifier fonctions de sécurité/ rapport d’alarme si présent |  |  |
| Vérifier les alarmes suivantes (Pression, Volume minute, Fin pression Exp, VS PEP, Durée d’apnée, Fréquence respiratoire) |  |  |
| Vérifier l’alarme de Fuite hors de la plage |  |  |
| Vérifier le stop/réactivation des alarmes |  |  |

|  |
| --- |
| **Autonomie de la batterie** |
| Vérifier les modules batteries  |  | **N° Série**  | **Date code**  | **Autonomie** |  |  |
| **-module 1 :**  |  |  |  |
| **-module 2 :** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Sécurité électrique** |
| Vérifier courant de fuite de l’enveloppe |  |  |
| Vérifier courant de fuite de la partie appliquée |  |  |
| Vérifier continuité à la terre |  |  |

|  |
| --- |
| **Commentaires** |
|  |

|  |
| --- |
| **Opérateur** |
| **Nom de l’opérateur et établissement :**  |
| **Signature :** |

**C :** Conforme  **NC :** Non Conforme