**Biomédical : check-list Pompe à nutrition e-pump Covidien Medtronic**

MAJ : 27/04/2017

Maintenance préventive réalisée 1 fois par an

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

|  |
| --- |
| **Contrôles visuels** |
| **Description** | **C** | **NC** |
| Vérifier l’intégrité de l’appareil : état boîtier/ trappe, état d’affichages, état des voyants, boutons des menus et marche /arrêt, état des connecteurs, état des fixations/supports |  |  |
| Vérifier l’intégrité du cordon d’alimentation secteur et le fonctionnement de l’appareil sur secteur |  |  |
| Vérifier la date de mise en place de la batterie (<3ans) | **Date :**  |
| Vérifier le bon fonctionnement de la batterie lors de sa mise en fonctionnement |  |  |
| **Contrôles de sécurité** (en cas de panne secteur) |
| Vérifier la bonne communication batterie secteur |  |  |
| **Alarmes et sécurité** (visuelles et sonores) |
| Vérifier les alarmes suivantes (système, rotor, débit, alimentation, dispositif de pompe délogé, pause) |  |  |
| Vérifier l’alarme de batterie faible  |  |  |

|  |
| --- |
| **Autonomie de la batterie** |
| Valeur mesurée = Valeur de référence | Valeur de référence = **15h** |  |  |

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

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

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