

SAISIE DES OPERATIONS PREVUES ET REALISEES

Le type peut-être : M = Maintenance, CQI = contrôle qualité interne, CQE = contrôle qualité externe, S = sécurité, F = formation, REF = réforme

Type	Description des opérations	Fréquence ou élément déclenchant	Date prévue	Date de début	Date de fin	Résultat Conforme ou Non Conforme	Acteur (nom, qualification, habilitation, intervenant d'une société extérieure)	Observations



wondershare



REFORME
DATE DE LA REFORME :
NOM DU RESPONSABLE DE LA REFORME :

RESPONSABLES DE L'INFORMATION ET DES SAISIES :

RESPONSABLES DU DM
MAINTENANCE :
QUALITE :
SECURITE :

ADRESSE : RUE HENRI DUNANT - 76405 FECAMP

TYPE :

NOM : CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DU PAYS DES HAUTES FALAISES

DESCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

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

N° DOSSIER :	REFERENCE HOSPITALIERE :
LOCALISATION DU DM :	UF :
NOM D'USAGE :	TYPE :
REFERENCE :	N° DE SERIE :
DATE DU BON DE LIVRAISON :	DATE DE MISE EN SERVICE :
DUREE DE LA GARANTIE :	DATE DE FIN DE GARANTIE :
N° IMMOBILISATION :	INVESTISSEMENT :
DUREE DE SERVICE, D'EXPLOITATION OU D'UTILISATION :	
CLASSE ET TYPE ELECTRIQUE :	CLASSIFICATION DU DM :
PERIODICITE DE REMPLACEMENT DE LA BATTERIE :	

FABRICANT

ADRESSE : _____
TEL : _____
FAX : _____
TECHNICIEN : _____

FOURNISSEUR

ADRESSE : _____
TEL : _____
FAX : _____
TECHNICIEN : _____

CONTRAT : _____

DM, EQUIPEMENTS ATTACHES EN AMONT	DM, EQUIPEMENTS ATTACHES EN AVANT
DESIGNATION :	DESIGNATION :
N° DE DOSSIER :	N° DE DOSSIER :

REFERENTIEL(S) AVANT(S)/LE DM EST SOUMIS

INTITULE : _____
REFERENCE : _____

DOCUMENTS UTILISES

NOTICE TECHNIQUE, NOTICE D'UTILISATION, PROTOCOLE DE MAINTENANCE

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

wondershare