



### Description de Dispositif Médical

N° Identifiant dans l'Etablissement : .....

Nom d'usage : ..... N° Immobilisation : .....

Nom commercial : ..... N° de série : .....

Fabricant : ..... Fournisseur : .....

Coordonnées : .....

Localisation : .....

Date de mise en service : ..... Durée de service ..... Investissement : .....

Référentiels auxquels le DM est soumis :

Intitulé	Référence

DM ou Equipements rattachés :

En Amont	En Aval

Fiches ou Documents utilisés :

Nom	Lieu

Observations complémentaires :

.....  
.....  
.....

## Description de l'Établissement de santé

Nom : .....

Type : .....

Adresse : .....

.....

Responsable du  
dispositif médical

Maintenance.....

Qualité .....

Sécurité .....

Responsable de l'information  
des saisies :

.....

Date de la Reforme : .....

Nom du Responsable  
de la Reforme :

.....

### Description et Résultat des opérations

Nom de l'équipement : ..... N° de série : ..... N° Identifiant : .....

N°	Type	Description des opérations	Fréquence ou élément déclenchant	Date prévue	Date début	Date fin	Résultat: conforme non conforme	Acteur (qualification, habilitation, externe)	Suite donnée