

FICHE AUDIT CU MEDICAL « NF-1200 / NF-1201 »

Société :

(Collectivité, administration, entreprise...)

Adresse :

Adresse du défibrillateur si différente :

Nom du référent :

Adresse email :

Téléphone :

Portable :



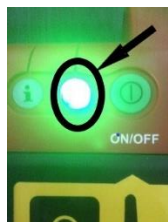
Marque et Type (Model) :

(Ex : DSA Cu-Medical NF-1200) en précisant si Entièrement Automatique « DEA » ou Semi « DSA »

Numéro de série du défibrillateur :

A l'arrière du défibrillateur (Ex : S/N P1G08B123)

L'indicateur du défibrillateur clignote : Oui / Non



Date de la mise en service :

(Si inconnue, nous transmettre la date d'achat) :

Date de fabrication du DAE :

(A l'arrière du défibrillateur, proche du logo "usine")

Date de péremption et n° lot des électrodes thérapeutiques « adulte »

Date : lot :

Cochez la référence : CUAO512F Autre, précisez :

Date de péremption et n° lot des électrodes « pédiatriques »

Date : lot :

Cochez la référence : CUAO512P Autre, précisez :

Date du dernier changement de la batterie lithium :

Lot, date de fabrication et date limite de mise en service de la pile (Inscrits sur la batterie)

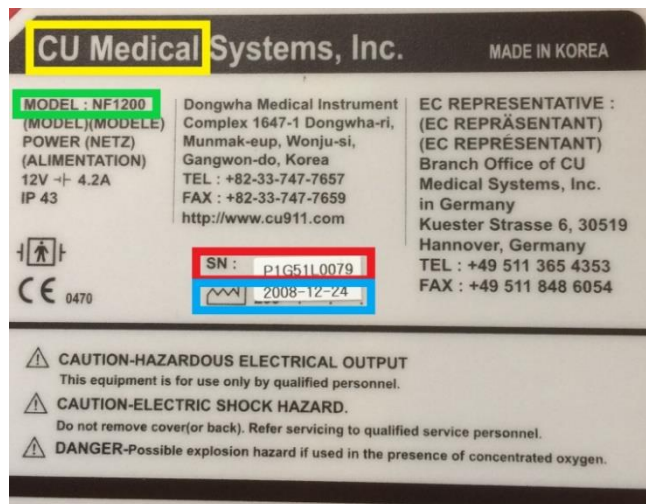
Lot :

Date de fabrication (logo usine) :

Date limite de mise en service :

Le défibrillateur est stocké en permanence entre 5°C et 35°C : Oui / Non

Boîtier non exposé au soleil, ventilant, chauffant et alimenté pour les extérieurs, emplacement chauffé l'hiver pour les intérieurs...



Remarques spécifiques :

Date :

Nom :

Signature Client / Référent :