

FICHE AUDIT CU MEDICAL « SP-1 »

Société :

(Collectivité, administration, entreprise...)

Adresse :

Adresse du défibrillateur si différente :

Nom du référent :

Adresse email :

Téléphone :

Portable :



Marque et Type :

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

Numéro de série du défibrillateur :

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : S/N G1J48E0608)



L'indicateur « cercle » du défibrillateur est présent : 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 :

Référence :

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

Date :

Lot :

Référence :



Lot et date de fabrication de la pile : Lot :

Date :

Nombre de Ah :

Référence de la batterie :

Date limite mise en service de la batterie lithium :

Date de mise en service de la batterie lithium :

Numéro de la version :

(Pour obtenir la version, il faut rester appuyé sur le bouton « i » pendant plus d'une seconde)

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

(Boitier 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 :