

FICHE AUDIT HEARTSINE

« PAD 300/300P/350P/360P/500P »

Société :

(Collectivité, administration, entreprise...)

Adresse :

Adresse du défibrillateur si différente :

Nom du référent :

Adresse email :

Téléphone :

Portable :



Marque et Type :

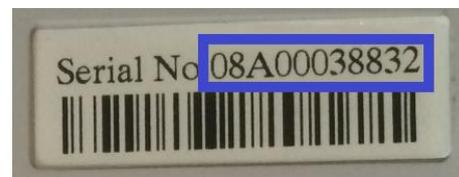
(Ex : DSA **HeartSine Samaritan Pad 300P**)

en précisant si Entièrement Automatique « DEA » ou Semi « DSA »



Numéro de série du défibrillateur :

A l'arrière du défibrillateur. (Ex : S/N **08A00038832**)



L'indicateur du défibrillateur clignote : Oui / Non



Identique pour les autres défibrillateurs de la marque

Date de la mise en service :

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

Date de péremption et n° lot du Pad-Pak thérapeutique « adulte »

Date : Lot :

Cochez la référence : Pad-Pak-03 Autre, précisez :

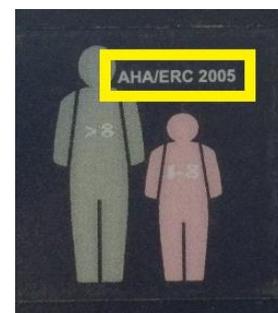
Date de péremption et n° lot du Pad-Pak « pédiatrique »

Date : Lot :

Cochez la référence : Pad-Pak-04 Autre, précisez :

Année Guidelines (AHA/ERC) :

(Étiquette « non systématique » sur la face avant du défibrillateur. Ex : AHA/ERC 2005)



Le défibrillateur est stocké en permanence entre 5°C et 45°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 :