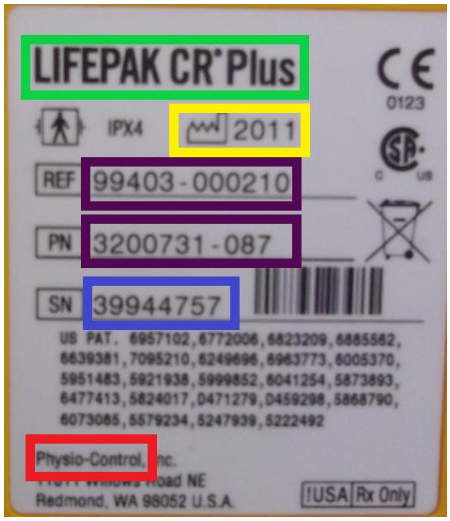
FICHE AUDIT PHYSIO CONTROL « LIFEPAK CR Plus »

Société :
(Collectivité, administration, entreprise…)
Adresse :
Adresse du défibrillateur si différente :
Nom du référent :
Adresse email :
Téléphone : **Portable :**

Marque et Type :
*(A l'arrière du défibrillateur. Ex : DSA **Physio Contrôl CR Plus**)*
En précisant si Entièrement Automatique « DEA » ou Semi « DSA »

Numéro de série du défibrillateur :
*(A l'arrière du défibrillateur. Ex : S/N **39944757**)*

Référence et n° de produit :
*(A l'arrière du défibrillateur. Ex : **REF 99403-000210 PN 3200731-087**)*



L'indicateur « OK » du défibrillateur est présent : Oui / Non

Si un des symboles CHARGE-PAK, CLÉ ou ATTENTION s'affiche.
Entourer le symbole et noter le nombre de bip à l'allumage.

Nombre de bip :

Symboles

Date de la mise en service : . . / . . / . . . .

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

Date de fabrication :
(A l'arrière du défibrillateur, proche du logo "usine")

Date de péremption, référence et n° lot des électrodes thérapeutiques « adulte »
Date : Lot :
Cochez la référence : 3200727 ☐ Autre, précisez ☐ : ……

Date de péremption, référence et des électrodes « pédiatriques »
Date : Lot :
Cochez la référence : 3202380 ☐ Autre, précisez ☐ : ……

Lot du Charge-Pak :
Référence du Charge Pak :
Date de péremption du Charge-Pak : . . . . - . . - . .

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