

## FICHE AUDIT CU MEDICAL « SP-1 »

**Société** (Collectivité, administration, entreprise...) :

**Adresse :**

**Adresse du défibrillateur si différente :**

**Emplacement du DAE** (hall d'entrée, sous l'escalier B, salle de réunion...) :

**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

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

**Cochez l'installation :** Extérieur  Intérieur

**Présence d'un PC Sécurité :** Oui / Non **Présence d'un accueil :** Oui / Non

**DAE Accessible 24h/24h et 7j/7j :** Oui / Non **Si la réponse est « Non » merci de préciser les jours et horaires d'accès au DAE :**

**Date :**

**Nom :**

**Signature Client / Référent :**