

FICHE AUDIT PHILIPS « FRX »

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 :

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : **Philips Frx**)

Numéro de série du défibrillateur :

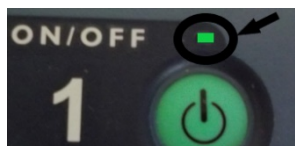
(A l'arrière du défibrillateur. Ex : **B10A-00046**)

Référence :

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : **861304**)

L'indicateur du défibrillateur clignote en vert : Oui / Non

Au-dessus du bouton marche / arrêt



L'auto test est concluant : Oui / Non

(Retirez la batterie, puis après quelques secondes insérez-la, suivez les indications du protocole d'auto test qui dure environ 40 sec).

Les messages vocaux sont clairs et compréhensibles : Oui / Non

(Pour l'allumer, faites un appui bref sur le bouton marche / arrêt.

Pour l'éteindre, restez appuyer quelques secondes avant de relâcher le bouton).

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

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

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

Date : Lot :

Cochez la référence : 989803139261 Autre, précisez :

Présence d'une clé pédiatrique : Oui / Non

Date du dernier changement de la batterie lithium : . . / . . /

Date « install before » (Ce n'est pas une date de péremption) : IB :

N° de lot de la batterie : LOT :

Date de fabrication de la batterie (présente sur les nouvelles batteries) :

(A l'arrière du défibrillateur, sur la batterie. Ex : IB : **2027-05-31** Lot : **99833P** Fab : **2021-07-06**)

Date Guidelines :

(A l'arrière du défibrillateur, sous les pictogrammes pour les anciens modèles. Ex : **2005 GUIDELINES**)

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...)

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 :

