

FICHE AUDIT HEARTSINE « PAD 300/300P/350P/360P/500P »

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

Adresse :

Adresse du défibrillateur si différente :

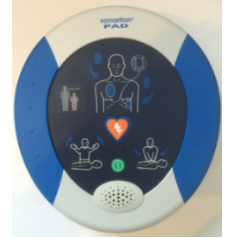
Emplacement du DAE (hall d'entrée, sous l'escalier B, salle de réunion...) :

Nom du référent :

Adresse email :

Téléphone :

Portable :



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

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

☐ Sur la face avant

L'indicateur du défibrillateur clignote : Oui / Non



☐ Retourner le défibrillateur

Cocher le type de DAE de la **marque HEARTSINE**

☐ 300P ☐ 350P ☐ 360P ☐ 500P

Indiquer le n° de série du défibrillateur :

Exemple : SN : 16E00009813

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 »

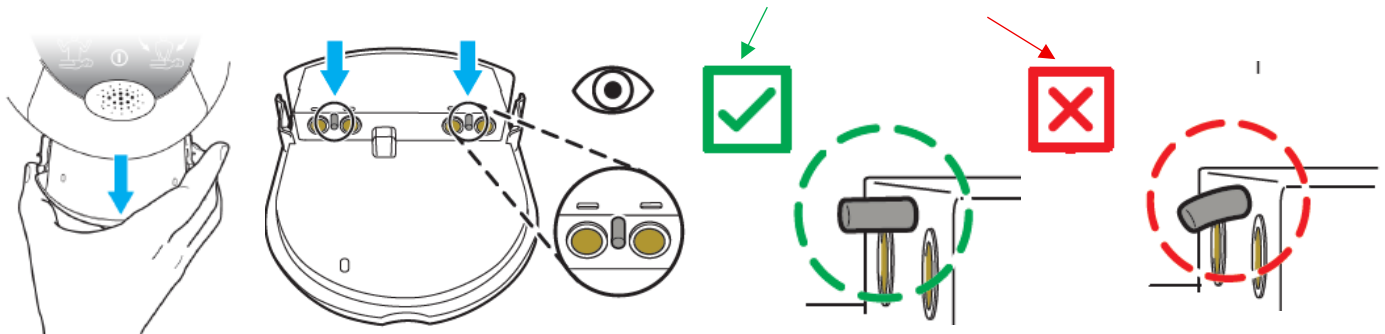
Date : Lot :

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



☐ Retirer le Pad-Pak (block batterie/électrodes) du défibrillateur pour vérifier sur ce bloc l'état des pions de centrage.

Les pions de centrage SUR le Pad-pak sont droits : Oui / Non



Le défibrillateur est stocké en permanence entre 0°C et 50°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 :