



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت درمان - مدیریت تجهیزات پزشکی

فرم نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات پزشکی مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

نام دستگاه : نبولایزر

شماره اموال :

محل استفاده :

ماه سوم				ماه دوم				ماه اول				شاخص های هفتگی
هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم	هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم	هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم	
												سالم بودن کابل اصلی برق
												چک کردن همه اتصالات
												چک کردن صحت کارکرد دستگاه قبل از استفاده
												استریل و تمیز بودن دهنی و محفظه دستگاه
												تمیز کردن فیلتر و محفظه کمپرسور
												نام و نام خانوادگی کاربر سمت و تاریخ / امضاء
ماه سوم				ماه دوم				ماه اول				شاخص های ماهانه
توضیحات	معیوب	سالم	توضیحات	معیوب	سالم	توضیحات	معیوب	سالم	توضیحات	معیوب	سالم	
												تمیز بودن محفظه و درپوش و تعویض در صورت وجود آسیب
												بررسی مناسب بودن میزان نبولایزیشن دستگاه
												چک کردن صدای فن کمپرسور
												چک کردن قسمت های حرکتی دستگاه و باز بودن سوراخ های دستگاه
												عملکرد کلی دستگاه
												نام و نام خانوادگی کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی تاریخ / امضاء