



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 : الکتروشوک

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	
												بررسی وضعیت ظاهری دستگاه
												بررسی تمیزی وضعیت پدالها
												بررسی عملکرد سلکتور / کلیدها
												بررسی آلارم های دیداری و شنیداری
												بررسی کاغذ RECORDER
												TEST OK (تخلیه انرژی انتخابی)
												بررسی ساعت و تاریخ
												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	
												بررسی سالم بودن RECORDER
												بررسی وضعیت اکسسوری ها
												بررسی عملکرد سلکتور / کلیدها
												بررسی وضعیت باتری
												تنظیم تاریخ و ساعت دستگاه
												بررسی عملکرد کلی دستگاه
												نام و نام خانوادگی کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی تاریخ / امضاء