



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: فتال مافیتورینگ

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	
												کنترل بدنه دستگاه و کلیدها از نظر شکستگی
												تمیزی دستگاه و پروپها
												بررسی آلارم های دستگاه
												تست پروپ Toco, FHR1 & FHR2 و مارکر
												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	توضیحات	معیوب	سالم	توضیحات	
												بررسی کارکرد پروپها
												بررسی کابل برق، پریز و ارت دستگاه
												کنترل عملکرد کلیدها (power restart, صدا و ...)
												بررسی هد حرارتی و کاغذ پرینتر
												بررسی عملکرد صحیح پرینتر
												بررسی وضعیت باتری
												بررسی عملکرد کلی دستگاه
												نام و نام خانوادگی کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی تاریخ / امضاء