



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 : ماشین بیهوشی

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 نصب و ظاهری دستگاه                                       |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | استریل و ضد عفونی طبق توصیه سازنده /<br>نمایندگی انجام می شود        |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | کالیبره سنسور اکسیژن و سنسور جریان                                   |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | تست نشتی (leak test) دستگاه                                          |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی سودالایم از لحاظ تغییر رنگ و تاریخ تعویض                       |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی آلارم های دیداری و شنیداری                                     |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی نشتی اتصالات گازها                                             |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | پر و خالی شدن و پورایزر                                              |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی ساعت و تاریخ                                                   |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | نام و نام خانوادگی کاربر<br>سمت و تاریخ / امضاء                      |
| ماه سوم  |          |          |            | ماه دوم  |          |          |            | ماه اول  |          |          |            | شاخص های ماهانه                                                      |
| توضیحات  | معیوب    | سالم     | توضیحات    | معیوب    | سالم     | توضیحات  | معیوب      | سالم     | معیوب    | سالم     | توضیحات    |                                                                      |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی سنسور اکسیژن و سنسور جریان                                     |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی عملکرد و پورایزر                                               |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی سلکتور/صفحه کلید و نمایشگر / تاج                               |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی آداپتور و شیلنگ گازها                                          |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی فیلتر فن / هوا دستگاه<br>(ماهانه تمیز و سالانه تعویض)          |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی وضعیت باتری و کابل برق                                         |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | بررسی عملکرد کلی دستگاه                                              |
|          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            | نام و نام خانوادگی<br>کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی<br>تاریخ / امضاء |