



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: ونتیلاتور

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/نمایندگی انجام می شود
												کالیبره سنسور اکسیژن و سنسور جریان
												بررسی آلارم شنیداری و دیداری
												بررسی نشتی گاز در اتصالات
												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 عملکرد سلکتور ، صفحه کلید ، صفحه نمایشگر / تاج
												بررسی سنسور اکسیژن و سنسور جریان
												بررسی آداپتور شیلنگ اکسیژن / هوا
												بررسی عملکرد هیومدیفایر
												بررسی عملکرد کمپرسور
												بررسی فیلتر فن / هوا (ماهانه تمیز و سالانه تعویض)
												بررسی وضعیت باتری و کابل برق
												بررسی اتصال ارت
												کنترل عملکرد کلی سیستم
												نام و نام خانوادگی کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی تاریخ / امضاء