



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: پمپ سرم

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 ظاهر دستگاه
												بررسی صفحه نمایشگر دستگاه
												بررسی عملکرد کلید ها / دکمه ها
												بررسی تمیزی Finger Cassette
												بررسی تمیزی Drip Detector
												بررسی تمیزی سنسور Air
												بررسی عملکرد آلارم های شنیداری و دیداری
												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 وضعیت باتری و کابل برق
												بررسی وضعیت عملکرد کلیدها/ دکمه ها
												بررسی وضعیت عملکرد Finger Cassette
												بررسی وضعیت عملکرد Drip Detector / کلمپ
												بررسی عملکرد سنسور Air و شناسایی سرم
												بررسی عملکرد کلی دستگاه
												نام و نام خانوادگی کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی تاریخ / امضاء