



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<br>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<br>کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی<br>تاریخ / امضاء |