



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 : پالس اکسی متر

شماره اموال :

محل استفاده :

شخص های هفتگی				ماه اول				ماه دوم				ماه سوم			
هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم	هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم	هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم	هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم
شخص های ماهانه				ماه اول				ماه دوم				ماه سوم			
سالم	معیوب	توضیحات		سالم	معیوب	توضیحات		سالم	معیوب	توضیحات		سالم	معیوب	توضیحات	
			ارزیابی عملکرد وضعیت کلیدها و پارامترهای صفحه نمایش												
			ارزیابی عملکرد آلامهای مربوط به اتصالات و limiting پروپ												
			چک کردن دوشاخه ، کابل ، سوکت												
			چک کردن اتصالات دستگاه از قبیل دوشاخه ، سوکت ، کابل و ...												
			چک کردن مدت زمان لازم برای نمایش نتیجه اندازه گیری												
			تست عملکرد کلی دستگاه												
نام و نام خانوادگی کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی تاریخ / امضاء															