



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 / 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 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 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 (ماهانه تمیز و سالانه تعویض)
												بررسی وضعیت باطری و کابل برق
												بررسی عملکرد کلی دستگاه
												نام و نام خانوادگی کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی تاریخ / امضاء