

Controlli Periodici

Data: (mese/anno) / 20

Defibrillatore DAE

Modello: _____

Produttore: _____

Numero di serie: _____

Installato c/o: _____

Ispezione Quotidiana

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso
<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso
<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso
<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso
<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso
<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rosso

Verificare che l'indicatore di stato lampeggi in verde!
verde= corretto, rosso= NON corretto!

Note:

Spuntare la casella del colore visualizzato e siglare con le iniziali come indicato nell'esempio a lato

AB Verde
 Rosso

Ispezione Mensile:

Data: _____

Data ispezione precedente _____

Operatore _____

Data ispezione successiva _____

Accendendo il defibrillatore con il pulsante (i)

- Il led da lampeggiante passa fisso sul verde
- Si sente la voce dell'altoparlante
- Si sente la voce "DEFIBRILLATORE OK"

Piattelli di defibrillazione:

I piattelli di defibrillazione adulti sono collegati al DAE

Data di scadenza: _____

Piattelli per defibrillazione pediatrica pronti all'uso

Data di scadenza: _____

Piattelli per defibrillazione adulti di riserva pronti all'uso

Data di scadenza: _____

Batteria

Batteria installata

IL _____

Altre ispezioni:

Data: _____

Data ispezione precedente: _____

Operatore: _____

Data ispezione successiva: _____

Aspetto esterno: Assenza di crepe. Parti scheggiate o allentate (DAE, accessori, fissaggi

Riferirsi al Manuale Utente per le informazioni in caso di malfunzionamenti, oppure contattare il Servizio di Assistenza Tecnica autorizzato PROGETTI per ottenere supporto ed informazioni!