**Contrôle de qualité Dispositifs de perfusion**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du dispositif médical** | **Établissement** |
| Catégorie: |  |
| Marque/Modèle/Type : |
| Série n° : | **Service / lieu 1:** |
| Inventaire n° **1**: |  |
| Compteur horaire **1** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Appareils de test** (vérifiés et étalonnés) | | | |
| **Description** | **Type / Modèle** | **N° inventaire / série 1** | **Date étalonnage :** |
| Testeur de débit (testeur,éprouvette graduée, balance …) : |  |  |  |
| Testeur de sécurité électrique **1** |  |  |  |
| Manomètre |  |  |  |
| Dynamomètre |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aspects qualitatifs** | **NA 2** | **OUI** | **NON** |
| **Contrôles visuels** |  |  |  |
| Intégrité de l’appareil, bon état des boîtiers/capots |  |  |  |
| Vérification de la présence et de l’état de l’étiquetage signalétique |  |  |  |
| Intégrité du cordon secteur |  |  |  |
| Propreté générale |  |  |  |
| Bon état des affichages, des voyants et des claviers |  |  |  |
| Bon état des accessoires, des fixations et des supports |  |  |  |
| Bon état des connecteurs |  |  |  |
| **Performances** |  |  |  |
| Bon déroulement de l’autotest |  |  |  |
| Bon fonctionnement du clavier et des affichages |  |  |  |
| Bon fonctionnement des accessoires de commande |  |  |  |
| **Contrôles de sécurité (en cas de panne secteur)** |  |  |  |
| Vérification de la bonne commutation batterie / secteur |  |  |  |
| **Alarmes et sécurité (visuelles et sonores) :** |  |  |  |
| Vérification de l’alarme d’occlusion |  |  |  |
| Vérification de la pré-alarme de fin de perfusion |  |  |  |
| Vérification de l’alarme de fin de perfusion |  |  |  |
| Vérification de l’alarme de sécurité de positionnement des consommables (tubulures et seringues) |  |  |  |
| Vérification de l’alarme de détection de bulles d’air (pompes uniquement) |  |  |  |

**1** Si applicable

**2** Non applicable

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aspects quantitatifs 3** | | | **NA2** | **OUI** | **NON** |
| **Débit** | | | | | |
| Valeur de débit mesurée ou calculée = valeur sélectionnée | | Précisez la valeur de débit sélectionnée: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| - Par avance piston / déplacement du bras **4** | | |  |  |  | |
| - Par contrôleur de débit | | |  |  |  | |
| **Pression d’occlusion** | | | | | |
| Valeur de pression mesurée = Valeur d’occlusion de référence | | Précisez la valeur de pression de référence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| - Par manomètre | | |  |  |  | |
| **Autonomie de la batterie 5** | | | | |  |
| Valeur mesurée = Valeur de référence **6** | Précisez la valeur de référence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sécurité électrique** | | **NA** | **OUI** | **NON** |
| Courant de fuite de l’enveloppe |  |  |  |  |
| Courant de fuite de la partie appliquée |  |  |  |  |
| Continuité à la terre |  |  |  |  |
| **Commentaires** | | | | |
|  | | | | |
| **CONCLUSION** | | | **OUI** | **NON** |
| Opérationnel | | |  |  |
| Action à prévoir (cf. commentaires) | | |  |  |
| Configuration modifiée: | | |  |  |
| Date recommandée du prochain contrôle qualité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OPERATEUR** | | | |
| **Nom :** |  | **Société / Etablissement:** |  |
| **Date :** |  | **Signature :** |  |

**3** Tolérances selon les spécifications fabricant

**4** Test s’effectuant sans utilisation de consommables

**5** Selon recommandations du fabricant

**6** Si non applicable, précisez les raisons dans les commentaires