**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