**Contrôle de qualité Appareils de ventilation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de l’appareil** | **Établissement**  |
| Type:  |  |
| Marque/Modèle : |
| Série n° :  | Service/lieu :  |
| Inventaire n° **1**:  |  |
| Compteur horaire **1** : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Appareils de tests** (vérifiés et étalonnés)  |  |
| **Description**  | **Type / Modèle**  | **Série n°1**  |
| Manomètre |  |  |
| Débitmètre |  |  |
| Ballon test |  |  |
| Analyseur d’oxygène |  |  |
| Bouteille de gaz étalon |  |  |
| Testeur de sécurité électrique |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aspects qualitatifs**  | **NA2**  | **OUI**  | **NON**  |
| Disponibilité du Manuel d’Utilisation |  |  |  |
| Bon état général du châssis et propreté |  |  |  |
| Présence et bon état du cordon secteur et des câbles |  |  |  |
| Présence et bon état des tuyaux d’alimentation de gaz et du non-dépassement de la péremption |  |  |  |
| Présence et propreté des filtres à poussières |  |  |  |
| Bon état des affichages et des commandes |  |  |  |
| **Contrôles des performances**  |  |  |
| Bon déroulement de l’autotest  |  |  |  |
| Vérification de l’absence de fuite (si non compris dans l’autotest) |  |  |  |
| **Performances de ventilation 3**  |  |  |
| Volume délivré par la machine (en mode volume contrôlé) : volume courant, volume minute**4** |  |  |  |
| Fréquence respiratoire : sans vérification du rapport I/E (Inspiration sur Expiration)**4** |  |  |  |
| Pression respiratoire (en mode pression contrôlée) : Pression Expiratoire Positive (PEP), pression maximale**4** |  |  |  |
| Concentration FIO2 (fraction d’oxygène inspiré)**4** |  |  |  |
| Fonctionnement du déclenchement (trigger) |  |  |  |

**1** Si applicable

**2** Non applicable

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contrôles des performances** | **NA2** | **OUI**  | **NON**  |
| **Pression respiratoire** Bon fonctionnement de l’alarme visuelle et sonore pour la pression maximale et l’échappement des gaz |  |  |  |
| **Volume minute** Bon fonctionnement de l’alarme basse et haute - visuelle et sonore |  |  |  |
| **Concentration FI O2** Bon fonctionnement de l’alarme basse et haute - visuelle et sonore |  |  |  |
|  Bon fonctionnement de la délivrance de l’02 rapide |  |  |  |
| **Fréquence** Bon fonctionnement de l’alarme basse et haute - visuelle et sonore |  |  |  |
|  Bon fonctionnement de l’alarme d’apnée |  |  |  |
| **Défaut d’alimentation électrique** Bon fonctionnement de l’alarme visuelle et sonore |  |  |  |
|  Vérification du passage sur batterie et fonctionnement sur batterie pendant quelques minutes |  |  |  |
| **Défaut d’alimentation en gaz** Bon fonctionnement de l’alarme visuelle et sonore |  |  |  |
|  Vérification de la continuité de la ventilation patient avec autre gaz |  |  |  |
|  Vérification de l’impossibilité de délivrer le mélange hypoxique |  |  |  |
|  Vérification du passage du circuit patient sur l’air ambiant lors de l’arrêt de la machine |  |  |  |
| **Sécurité électrique**  |  |  |  |
| Mesure de la continuité de la mise à la terre de l’enveloppe (cf. EN 60601-1)  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Commentaires** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONCLUSION**  | **OUI**  | **NON**  |
| Opérationnel  |  |  |
| Action à prévoir (cf. commentaires)  |  |  |

-

**3** Tolérances selon spécifications du fabricant ou normes en vigueur

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

**4** Valeurs mesurées et affichées par l’appareil de ventilation correspondent aux valeurs mesurées par l’appareil de test