**Contrôle de qualité Incubateurs fermés**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Appareils de test** (vérifiés et étalonnés) | | | |
| **Description** | **Type / Modèle** | **N° inventaire / série** | **Date étalonnage :** |
| Thermomètre |  |  |  |
| Hygromètre |  |  |  |
| Moniteur de FiO2 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aspects qualitatifs** | **NA 3** | **OUI** | **NON** |
| **Contrôles visuels** |  |  |  |
| Intégrité de l’appareil, bon état des boîtiers, capots et joints |  |  |  |
| Intégrité du cordon secteur |  |  |  |
| Propreté générale (y compris les filtres) |  |  |  |
| Bon état des affichages, des voyants et des claviers |  |  |  |
| Bon état des accessoires, des fixations et des supports |  |  |  |
| **Contrôles de sécurité mécanique** |  |  |  |
| Vérification du bon fonctionnement des châssis |  |  |  |
| Vérification du bon fonctionnement des verrouillages des châssis |  |  |  |
| Vérification du bon fonctionnement des verrouillages des portes, hublots et écrans |  |  |  |
| Vérification du bon fonctionnement des roues et des freins |  |  |  |
| Vérification du bon fonctionnement de la proclive-déclive |  |  |  |
| Vérification du bon fonctionnement de la hauteur variable |  |  |  |
| **Performances** |  |  |  |
| Bon déroulement de l’autotest |  |  |  |
| **Alarmes et sécurité** |  |  |  |
| Vérification du bon fonctionnement des alarmes visuelles et sonores en cas de coupure secteur |  |  |  |
| Vérification du passage sur batterie (si incubateur de transport) |  |  |  |

**3** Non applicable

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aspects quantitatifs 4** | **NA3** | **OUI** | **NON** |
| **Température** | | | |
| **Incubateur fermé** | | | |
| Mode air **5** : Valeur mesurée = Valeur de consigne = Valeur du thermomètre de référence |  |  |  | |
| Mode cutané **6** : Valeur mesurée = Valeur de consigne = Valeur du thermomètre de référence |  |  |  | |
| Vérification du déclenchement de l’alarme haute et basse |  |  |  | |
| **Humidification** | | |  |
| Valeur hygrométrique mesurée = valeur affichée = Valeur de consigne ajustée |  |  |  | |
| **Oxymétrie** | | | |
| **Incubateur fermé** | | | |
| Valeur mesurée de FiO2 = Valeur affichée = Valeur de consigne ajustée |  |  |  | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONCLUSION** | **OUI** | **NON** |
| Opérationnel |  |  |
| Action à prévoir (cf. commentaires) |  |  |
| Date recommandée du prochain contrôle qualité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

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

**4** Vérification avec valeurs et tolérances selon spécification fabricant

5 Mesure en mode air : placer le thermomètre à 10 cm au dessus du centre du matelas ainsi que le thermomètre de référence

**6** Mesure en mode cutané : placer la sonde cutanée à 10 cm au dessus du centre du matelas ainsi que le thermomètre de référence