**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