

Tél. : 09 61 45 61 95

Contrôle Visuel Défibrillateur Année :

Exploitant Défibrillateur :

Tél. :

Localisation Défibrillateur :

Tél. :

DEA ou DSA > Marque / Réf. :

N° Série « SN » :

Date Mise en Service :

Dates de Péréemption > Batterie ou Pile :

> Electrodes :

> Electrodes Pédiatriques :

Contrôle Témoins de Fonctionnement	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Vert ✓ OK												
Rouge ✓ Défaut												
Tous Témoins Eteints												
Alarmes « Sonore / Visuelle »												
AUTOTEST « A / M »												
Message « Sonore / Visuel »												
Pile ou Batterie												
Electrodes « A / P »												
Dommages / Fissures												
Autre												

Référent Maintenance – Prénom / Nom – Initiales :

Tél. :