

**Document Maintenance « Contrôle – Identification » Défibrillateur**

Exploitant : Tél. :  
 Adresse : @mail :  
 Localisation Défibrillateur :  
 DEA ou DSA :      Marque : Référence :  
 N° de Série « SN » : Date Achat :  
 Dates Péréemption > Pile :                      > Electrodes :                      > E-Pédiatriques :

Témoins de Fonctionnement	Indicateur Affiché	Action / Observation
⇒ Voyant Vert ✓ > OK		
⇒ Voyant Rouge ✓ > Défaut		
⇒ Tous Voyants Eteints		
⇒ AUTOTEST Automatique		
⇒ Alarme / Bip Sonore		
⇒ AUTOTEST Manuel		
⇒ Alarme / Message Vocal		
⇒ Batterie / Pile		Réf. :
⇒ Electrodes « Adulte »		Réf. :
⇒ Electrodes « Enfant »		Réf. :
⇒ Dommages / Fissures		
⇒ Autre		
⇒ Coffret ou Support		Réf. :

Défibrillateur contrôlé par : Service :  
 @mail : Tél. :  
 Date du Contrôle : Signature :

Dysfonctionnement Défibrillateur ⇒ Adresser ce Document dûment Renseigné à :