

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم

اداره تجهیزات پزشکی

فرم PM دستگاه پمپ سرم

بخش.....

ردیف	مشخصات ظاهری دستگاه	کد یگانه							
		x	x	x	x	x	x	x	x
		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
۱	بررسی مناسب بودن محل قرارگیری دستگاه								
۲	بررسی تمیزی دستگاه و عدم وجود شکستگی در بدنه دستگاه								
۳	بررسی پایه سرم و عدم وجود شکستگی در آن (چرخ ها نیز بازدید گردد)								
۴	بررسی سالم بودن پریز برق، کابل برق، دوشاخه برق، سیم ارت و فیوز ورودی برق، بررسی ارت دار بودن پریز و دوشاخه برق								
۵	بررسی کلیدها، کانکتورها، سوئیچ ها ، کابلها و پیچ های دستگاه								
۶	بررسی سبز بودن پرچسب کنترل کیفی و معتبر بودن تاریخ آن								
۷	بررسی وجود ست سرم مناسب دستگاه								
۸	بررسی وجود دفترچه راهنما، برگه دستورالعمل سریع و فیوز یدکی در کنار دستگاه								
۹	بررسی ساعت و تاریخ دستگاه								
۱۰	بررسی سالم بودن قطره شمار در صورت وجود								
۱۱	بررسی نشانگرها/ نمایشگرها(بررسی پیکسل ها)								
۱۲	بررسی باتری / شارژر								
۱۳	بررسی عملکرد آلارم ها								
۱۴	بررسی صدای دستگاه و آلارم								
۱۵	بررسی تست دکمه BOLUS								
۱۶	بررسی نهایی عملکرد دستگاه مطابق دستورالعمل سازنده								

نام و امضا تکمیل کننده فرم:

نام و امضا مسئول بخش:

تاریخ تکمیل فرم:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم
اداره تجهیزات پزشکی
فرم PM دستگاه پمپ سرم
بخش.....

ردیف	کدیگانه	تایید	عدم تایید	ملاحظات
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				

نام و امضا تکمیل کننده فرم:

نام و امضا مسئول بخش:

تاریخ تکمیل فرم: