

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم

اداره تجهیزات پزشکی

فرم PM دستگاه ساکشن

بخش.....

| ردیف | مشخصات ظاهری دستگاه   | کد یگانه |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|      |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|      |   | x        | x | 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 و بخصوص جارها (bottles)                                       |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۳    | بررسی پایه دستگاه (در صورت وجود)  |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۴    | بررسی وجود و نامناسب بودن ست مصرفی ساکشن  |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۵    | بررسی سالم بودن پریز برق، کابل برق، دوشاخه برق، سیم ارت و فیوز ورودی برق.<br>بررسی ارت دار بودن پریز و دوشاخه برق |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۶    | بررسی کلیدها، کانکتورها، سوئیچ ها، کابلها و پیچ های دستگاه  |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۷    | بررسی سبز بودن برجسب کنترل کیفی و معتبر بودن تاریخ آن   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۸    | بررسی وجود دفترچه راهنما، برگه دستورالعمل سریع و فیوز یدکی در کنار دستگاه   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۹    | بررسی فیلتر جارها (در صورت وجود)  |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۱۰   | بررسی شناور مربوط به جارها  |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۱۱   | بررسی عملکرد آلارم  |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۱۲   | بررسی نهایی 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 چهرم

اداره تجهیزات پزشکی

فرم PM دستگاه ساکشن

بخش.....

| ردیف | کدیگانه | تایید | عدم تایید | ملاحظات |
|------|---------|-------|-----------|---------|
| ۱    |         |       |           |         |
| ۲    |         |       |           |         |
| ۳    |         |       |           |         |
| ۴    |         |       |           |         |
| ۵    |         |       |           |         |
| ۶    |         |       |           |         |
| ۷    |         |       |           |         |
| ۸    |         |       |           |         |
| ۹    |         |       |           |         |
| ۱۰   |         |       |           |         |

نام و امضا تکمیل کننده فرم:

نام و امضا مسئول بخش:

تاریخ تکمیل فرم: