

شماره فرم: PL-F-24/2

فرم PM (BED SIDE)

استان:		شهر:		مرکز درمانی:		بخش:	
مدل دستگاه:		شماره سریال:		تاریخ نصب:		تاریخ اقدام:	
ردیف	بازرسی و آزمون		منطبق	نا منطبق	شامل نمی شود		
1	سلامت ظاهری	عدم وجود شکستگی در کیس پشت و پنل					
2		کارکرد صحیح کلید روتاری					
3		کارکرد صحیح KEY BOARD					
4		تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما					
5	صفحه نمایش	نمایش صحیح سه بخش پارامتر، شکل موجها و اطلاعات					
6	باتری	جدا کردن سیستم از برق شهری (چک کردن کارکرد باتری)					
7		فیوز باتری چک شود					
8		استفاده دوره ای از باتری					
9	آلارم	فعال سازی آلارم					
10		وضوح صدای آلارم					
11		کارکرد صحیح LED های آلارم					
12	حفظ تاریخ و ساعت سیستم						
13	ECG	بررسی کابل ECG (سلامت گیره ها، لیدوایرها و هود)					
14		بررسی پنجره ECG (پیس میکر، صدای ضربان و ...)					
15		تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما					
16	RESP	بررسی تنظیمات پنجره					
17	TEMP	بررسی پراب TEMP (سالم بودن سنسور و ...)					
18		تنظیمات پنجره TEMP (واحد اندازه گیری)					
19		تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما					
20	SPO2	بررسی پراب SPO2 سعادت، ماسیمو (بررسی اکستنشن)					
21		تنظیمات پنجره SPO2 (تنظیم MODE اندازه گیری و میزان حساسیت)					
22		تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما					
23	NIBP	بررسی شلنگ و کاف NIBP و رکتوس (عدم وجود نشتی)					
24		بررسی پنجره NIBP (تنظیم MODE بزرگسال و نوزاد، واحد اندازه گیری، حالت اتوماتیک)					
25		تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما					
26	IBP	بررسی ترنسدیوسر و لوازم جانبی					
27		نحوه صحیح ZERO کردن					
28		تنظیمات پنجره IBP (واحد اندازه AUTO SCALE، فیلتر و ...)					
29	CAPNO	تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما					
30		بررسی پراب CAPNO و آداپتور یا ISA WATERTRAP نمولاین					
31		تنظیمات پنجره CAPNO (واحد اندازه گیری، COMPENSATE و ...)					
32		تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما					
33	CSM	بررسی نروسنسور و دستگاه CSM					
34		تمیز بودن محل اتصال نروسنسور به بیمار					
35		بررسی LINK ارتباطی با بدساید (بررسی LED)					
36		بررسی عملکرد CSM با باتری					
37		تنظیم پنجره CSM در مانیتور					
38		تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما					

فرم PM (BED SIDE)

شماره فرم: PL-F-24/2

ردیف	بازرسی و آزمون	منطبق	نا منطبق	شامل نمی شود
39	عملکرد صحیح رکوردر			
40	استفاده از کاغذ رکوردر مناسب از نظر سایز			
41	چک کردن هد حرارتی رکوردر			
42	تنظیم پنجره رکوردر			
43	چک کردن اتصال صحیح کابل به مانیتور بدساید و سانترال			
44	مشاهده نشانگر شبکه در بدساید و شکل موج و پارامترها در سانترال			
45	بررسی تنظیمات سانترال			

نتیجه نهایی:  قبول  مردود

توصیه کارشناس:

نام و امضاء کارشناس:

نام و امضاء مسئول مربوطه:

شرکت پویندگان راه سعادت			
شماره فرم: PL-F-25/1		فرم PM (CENTRAL)	
استان:	شهر:	مرکز درمانی:	بخش:
مدل دستگاه:	شماره سریال:	تاریخ نصب:	تاریخ اقدام:
ردیف	بازرسی و آزمون	منطبق	نا منطبق
تست ظاهری			
۱	سالم بودن ظاهر کیس، نایس، رکوردر، مانیتور و UPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عملکرد TOUCH			
۲	تست کردن TOUCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صحت اتصال کابل سانترال و بدساید			
۳	عدم شکسته شدن گیره RG45 (سوکت شبکه)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	نصب درست سوکت در UTP و کارتهای SC با NAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نمایش سیگنالها			
۵	نمایش صحیح سیگنالها و پارامترهای عددی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تست ساعت و تاریخ سانترال			
۶	چک کردن انطباق نمایش ساعت در بدساید و سانترال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	دقت در شمسوی بودن تاریخ در سیستمهای نصب شده در ایران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تست رکوردر			
۸	صحت عملکرد رکوردر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	استفاده از کاغذ رکوردر مناسب با نوع رکوردر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تست عملکردی			
۱۰	RESET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	SILENCE و ALARM SILENCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲	صدای آلام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
پیغامهای مختلف			
۱۳	نمایش پیغامهای مختلف پارامترها در سانترال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عملکرد DISCLOSURE			
۱۴	تست عملکرد DISCLOSURE به صورت دوره ای	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نتیجه نهایی:  قبول  مردود

توصیه کارشناس:
----------------

نام و امضاء کارشناس:

نام و امضاء مسئول مربوطه:

شماره فرم: PL-F-29/1				شرکت پویندگان راه سعادت	
فرم PM (ونتیلاتور وارداتی)					
استان:		شهر:		مرکز درمانی:	
مدل دستگاه:		شماره سریال:		تاریخ نصب:	
بخش:		تاریخ اقدام:			
ردیف	بازرسی و آزمون	منطبق	نامنطبق	شامل نمی شود	
1	عدم وجود شکستگی در کیس پشت و پنل جلو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سلامت ظاهری
2	کارکرد صحیح کلید روتاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	کارکرد صحیح KEY BOARD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	صفحه نمایش	نمایش صحیح شکل موج ها و اطلاعات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	باتری	جدا کردن سیستم از برق شهری (چک کردن کارکرد باتری)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		فیوز باتری چک شود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		استفاده دوره ای از باتری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	آلارم	فعال سازی آلارم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		وضوح صدای آلارم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		کارکرد صحیح LED های آلارم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	حفظ تاریخ و ساعت سیستم				
13	کنترل تاریخ سنسور اکسیژن				
14	تمیز کردن و ضد عفونی کردن شلنگ های بیمار				
15	کنترل شلنگ های اتصال به بیمار				
16	کنترل بست های مربوط به شلنگ های هوا و اکسیژن و همچنین نشستی شلنگ ها				

نتیجه نهائی:  قبول  مردود

توصیه کارشناس:

نام و امضاء کارشناس:

نام و امضاء مسئول مربوطه:

## شرکت پویندگان راه سعادت

فرم PM (Electrocardiograph) شماره فرم: PL-F-33/1

استان:		شهر:		مرکز درمانی:		بخش:	
مدل دستگاه:		شماره سریال:		تاریخ نصب:		تاریخ اقدام:	
ردیف	بازرسی و آزمون			منطبق	نا منطبق	شامل نمی شود	
1	سلامت ظاهری	عدم وجود شکستگی در کیس					
2		کارکرد صحیح Touch					
3		کارکرد صحیح KEY BOARD					
4	صفحه نمایش	تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما					
5		نمایش صحیح شکل موجها و اطلاعات					
6	باتری	جدا کردن سیستم از برق شهری (چک کردن کارکرد باتری)					
7		استفاده دوره ای از باتری					
8	حفظ تاریخ و ساعت سیستم						
9	حفظ تنظیمات سیستم						
10	اکسسوری	بررسی کابل ECG (سلامت لیدوایرها، هود و ...)					
11		بررسی دستبند و پوار (سولفات نشدن و سلامت ظاهری)					
12		تمیز، ضد عفونی و استریل کردن طبق استاندارد دفترچه راهنما					
13	رکورد	عملکرد صحیح رکورد					
14		استفاده از کاغذ رکورد مناسب از نظر سایز					
15		چک کردن هد حرارتی رکورد					
16		چک کردن کلید در رکورد					
17		چک کردن نگهدارنده کاغذ					
18		چک کردن پیغام های خطای رکورد					
19	Review	تست عملکرد Review به صورت دوره ای					
نتیجه نهایی: <input type="checkbox"/> قبول <input type="checkbox"/> مردود							

توصیه کارشناس:

نام و امضاء کارشناس:

نام و امضاء مسئول مربوطه:

شماره فرم: PL-F-62/0		شرکت پویندگان راه سعادت			
فرم PM و نیتلاتور RESPINA P1					
استان:		شهر:		مرکز درمانی:	
مدل دستگاه:		شماره سریال:		تاریخ نصب:	
بخش:		تاریخ اقدام:			
ردیف	بازرسی و آزمون	منطبق	نامنطبق	شامل نمی شود	
1	عدم وجود شکستگی در کیس پشت و پنل جلو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سلامت ظاهری
2	کارکرد صحیح کلید روتاری و تاچ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	کارکرد صحیح KEY BOARD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	تمیز کردن، ضد عفونی و استریل طبق استاندارد دفترچه راهنما	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	صفحه نمایش	نمایش صحیح شکل موج ها و اطلاعات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	باتری	جدا کردن سیستم از برق شهری (چک کردن کارکرد باتری)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		استفاده دوره ای از باتری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	آلارم	فعال سازی آلارم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		وضوح صدای آلارم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		کارکرد صحیح LED های آلارم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	حفظ تاریخ و ساعت سیستم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	کنترل شلنگ های اتصال به بیمار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	کنترل بست های مربوط به شلنگ های هوا و اکسیژن و همچنین نشستی شلنگ ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

نتیجه نهائی:  قبول  مردود

توصیه کارشناس:

نام و امضاء کارشناس:

نام و امضاء مسئول مربوطه: