

MAINTENANCE PREVENTIVE COMPRESSEUR

Date d'intervention :...../...../.....

Cachet du prestataire de service :	Nom et prénom de l'intervenant :
Nom du référent établissement :	Numéro de chambre :
Marque : Modèle : N° d'équipement : N°série fabricant :	☐ Matériel loué ☐ Matériel appartenant à l'établissement

Descriptif	Conforme	Non conforme	Diagnostic
Vérification de l'état du boîtier			
Vérification de la présence du tampon anti-vibration (à l'arrière du boîtier)			
Vérification des crochets de suspension			
Vérification du filtre à air (porte filtre à l'arrière)			
Vérification de l'interrupteur Marche/Arrêt (bip au démarrage + éclairage)			
Vérification du câble d'alimentation et broches de la prise			
Vérification du connecteur sortie d'air			
Vérification de la façade adhésive			
Vérification de la fonctionnalité des boutons des fonctions et modes			
Vérification du bouton de réglage de la pression (2S uniquement)			
Vérification de la fonction de verrouillage/déverrouillage automatique (AUTO QUATTRO et R'GO SOINS uniquement)			
Vérification des indicateurs lumineux (Leds)			
Vérification de l'alarme basse pression (démarrer le compresseur, déconnecter le matelas ou ouvrir le CPR)			
Vérification de l'alarme coupure d'alimentation (100 MAXI & MAXI 2 uniquement)			
Observations : • casse mauvaise utilisation du client • usure • matériel remplacé par N°			

Signature prestataire :

Cachet établissement :