

MAINTENANCE PREVENTIVE MATELAS À AIR

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 :	<input type="checkbox"/> Matériel loué <input type="checkbox"/> Matériel appartenant à l'établissement

Descriptif	Conforme	Non conforme	Diagnostic
Vérification de l'état de la housse de recouvrement (fermeture éclair incluse)			
Vérification de l'état du connecteur d'air (bouchon de transport obligatoire)			
Vérification de l'état du passe-câble (si disponible)			
Vérification de l'état du CPR (languette visible et hermétisme)			
Vérification de l'état des tuyaux d'air (internes et connecteur)			
Vérification de l'état des connecteurs rapides et autres connecteurs			
Vérification de la fixation des cellules (boutons pression et anneaux PVC)			
Vérification de l'état fonctionnel de la mousse du sous-matelas (512 seul)			
Vérification de l'état du bouchon central dans les 3 tuyaux au niveau de l'arrivée d'air des cellules (512 seul)			
Vérification de la fermeture éclair de la poche étanche pour le sous-matelas (512 seul)			
Vérification de l'étanchéité des cellules (mode soins sans alarme)			
Optionnel : Vérification de la disponibilité des bouchons pour connecteurs rapides (matelas antérieur à 2024)			
Observations : • casse mauvaise utilisation du client • usure • matériel remplacé par N°			

Signature prestataire :

Cachet établissement :