	CİHAZ KONTROL VE BAKIM TAKİP FORMU	Dokuman No:	TSY.FR.19
		Yayın Tarihi:	12.03.2015
		Rev. No.	00
		Rev.Tarihi:	
		Sayfa No:	1/1

CİHAZIN BULUNDUĞU BİRİM:													YIL:		
CİHAZ ADI / MARKA /MODELİ:															
GÜNLÜK BAKIM	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK	KALİBRASYON BİLGİLERİ		
1													Kalibrasyon Yapıldığı Tarih	Bir Sonraki Kalibrasyon Tarihi	İmza
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12													Kontrol Eden (Tıbbi Cihaz Kontrol Ekibi)		
13															
14															
15															
16													ARIZA BİLGİLERİ		
17													Arıza Tarihi ve Saati	Onarım Tarihi ve Saati	İmza
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27													Kontrol Eden		
28															
29													**UYARILAR:** *Kullanım ve bakım bilgisi için cihazın ilgili talimatlara bakınız.		
30															
31															
Kontrol Eden															
HAFTALIK BAKIM	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK			
Kontrol Eden															
AYLIK BAKIM	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK			
Kontrol Eden															

*Cihazı çalıştırmadan önce enerji bağlantısını ve temizliğini kontrol ediniz.
*Cihazın fonksiyonel olarak çalışıp çalışmadığını kontrol ediniz.
*Kontrol veya bakım sırasında herhangi bir arıza tespitinde ilgili birime haber veriniz.
*Cihazın durumunu aşağıda bulunan aşağıda bulunan işaretler ile belirtiniz.
*Her cihaz için her yılın başında yeni takip formu hazırlanır. Takip formu 1 yıl süre ile kullanılır.

İŞARETLER :
Ç = ÇALIŞIYOR
A= ARIZALI
B= BAKIMDA

Birim / Biyomedikal Sorumlusu Onay:

Cihazın Aylık Bakım Periyodu ☐ Aylık ☐ 3 Aylık ☐ 6 Aylık