

À COMPLÉTER CHAQUE FOIS QU'UN APPAREIL EST DÉFECTUEUX ET
DOIT ÊTRE RETOURNÉ AU LABORATOIRE

Sections A et B à compléter à l'unité de soins

Section A Description de l'appareil défectueux	
Nom de l'utilisateur :	Date :
Accu-check Performa : <input type="checkbox"/> Appareil à gaz (EPOC) : <input type="checkbox"/> Bilirubinomètre : <input type="checkbox"/> Hemocue hb 201* : <input type="checkbox"/> Réfractomètre : <input type="checkbox"/> Urisys 1100 : <input type="checkbox"/>	Numéro de série (code barre): Numéro du GBM :
Unité de soins :	Tél : et/ou poste
Date et heure de l'apparition du problème ** (obligatoire) :	
Inscrire message apparaissant à l'écran, s'il ya lieu:	
Description du problème : ** (obligatoire) :	

Section B Résultats des contrôles obtenus à l'unité de soins	
# de lots du réactif : bandelettes / carte (Epop) /micro-cuvette (Hemocue):	_____
# de lot des contrôles :	_____
Résultats des contrôles de qualité (CQ) :	Bas : Réussi <input type="checkbox"/> Échoué <input type="checkbox"/> Haut : Réussi <input type="checkbox"/> Échoué <input type="checkbox"/> Initiales : _____

Section C Réserve au laboratoire	
Date de réception :	Initiales :
Identification du problème :	
Action effectuée (réparation ou remplacement) :	
CQ :	Bas : Réussi <input type="checkbox"/> Échoué <input type="checkbox"/> Haut : Réussi <input type="checkbox"/> Échoué <input type="checkbox"/>
Remis en service : <input type="checkbox"/>	Retiré du service : <input type="checkbox"/> Par : _____ Date : _____
Commentaires	