

## Défibrillation automatisée externe (DAE) Registre mensuel d'entretien et d'inspection

Cette fiche de contrôle d'inspection doit être remplie **mensuellement** et conservée pendant une période d'un an. Il s'agit d'éléments qui requièrent une attention particulière chaque mois. Évaluez les dommages, les dysfonctionnements, le matériel manquant et le fonctionnement des pièces énumérées. Si vous devez prendre des mesures pour réparer ou remplacer des pièces, indiquez-les ci-après dans l'espace prévu à cet effet. Les pannes ou les pièces manquantes doivent être immédiatement signalées au coordonnateur du centre de DEA de votre établissement.

Cochez « Oui » — Si inspection effectuée, « Non » — si aucune inspection, « S/O » — Si sans objet, et prenez note des mesures prises.

### Armoire

### Mesures prises

Piles d'alarme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Alarme activée à l'ouverture de la porte de l'armoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Armoire fixée au mur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Visibilité de l'affichage du DAE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Aucun débris/dommage constaté	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Trousse d'intervention du DAE facilement repérable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	

### DAE

### Mesures prises

Piles dont la date d'expiration est proche (5 ans à compter de la date de mise en service) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Rechange : CPR-D padz <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O      Pedi pad <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Dates d'expiration : CPR-D padz principale : __/__/__ Électrodes Pedi : __/__/__ CPR-D padz de remplacement : __/__/__ Piles : __/__/__	
Test automatique du DAE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O
Fenêtre de l'indicateur d'état du DEA « symbole de contrôle vert »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O
Électrodes raccordées au DAE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O
Vérifiez si les câbles sont endommagés et si les connecteurs sont bien en place <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	

### Trousse d'intervention

### Mesures prises

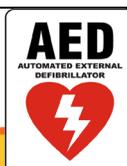
Rasoir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Serviette mouillée/sèche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Masque/Dispositif de protection	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Gants — 2 paires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Ciseaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Gaze	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
La trousse d'intervention nécessitait-elle un nouveau stock?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	

### Autres directives du fabricant

### Mesures prises

Vérifier le fonctionnement des témoins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Boîtier du DAE exempt de dommages	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Manuel/Guide d'utilisation de l'armoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	

Nom :	Date :	Emplacement :
Modèle et numéro de série du DAE :		



## Défibrillation automatisée externe (DAE) Registre mensuel d'entretien et d'inspection

Il est convenu que le propriétaire du DAE fera tous les mois des contrôles préventifs du matériel du DAE pour s'assurer que l'appareil est bien entretenu, conformément aux recommandations du fabricant. Le Conseil des services du district de Kenora — SMUNO mettra à votre disposition des consignes et un modèle de fiche de contrôle mensuel à utiliser. Les fiches de contrôle mensuel remplies doivent être télécopiées ou envoyées mensuellement par courriel au Conseil des services du district de Kenora en utilisant les coordonnées figurant dans le présent contrat.

Il est convenu que le propriétaire du DAE communiquera avec le Conseil des services du district de Kenora - SMUNO dès que possible (le jour ouvrable suivant), si le DAE a été utilisé dans une situation d'urgence.

Il est convenu que le propriétaire du DAE est seul responsable de tout appareil utilisé, perdu, volé ou endommagé. Il est en outre convenu que le propriétaire ne peut engager aucune poursuite contre le Conseil des services du district de Kenora — SMUNO concernant l'utilisation, bonne ou mauvaise, du DAE par le propriétaire ou le public.

Il est convenu que le Conseil des services du district de Kenora - SMUNO supervisera et surveillera l'utilisation des DAE une fois l'an afin de s'assurer que l'appareil fonctionne bien et qu'il comporte les pièces appropriées.

\*Les propriétaires/établissements de DAE sont tenus d'entretenir leur appareil et de s'assurer qu'ils fonctionnent correctement et en tout temps.

*OHSA R.S.O. 1990, c. 0.1, s.25 (1)*

En signant ci-après, je (le propriétaire) m'engage solennellement à respecter les termes du présent Registre d'entretien et d'inspection de la défibrillation automatisée externe (DAE).

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :  
Conseil des services du district de Kenora — SMU Nord-Ouest  
211, rue Princess, Dryden, ON, P8N 3L5 | Télécopieur : 807-223-6500  
Courriel : [cp@kdsb.on.ca](mailto:cp@kdsb.on.ca)

Reçu par : \_\_\_\_\_

Date de réception : \_\_\_\_\_

Janvier 2019

