

<div><div>United Technologies</div></div> <div>CARRIER SCS N° AZUR 0810 527 527 <i>Touche 2 puis 2</i></div>	<div>RAPPORT D'INTERVENTION</div> <div>CE DOCUMENT DOIT ETRE CONSERVE 5 ANS</div>		Nom du technicien : _____								
		Région – Agence : _____									
		Date : DU / / AU / /									
		N° OS <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
<div>Nature de l' intervention</div> <div>Mise en service Garantie Diagnostic Travaux (non notables DESP) Travaux (notables DESP) Contrat de maintenance Contre visite Contrôle d'inspection (DESP) Requalification (DESP) Astreinte</div>	<div>1J 1/2 J 1/2 J AUTRE A PRECISER</div>	<div>NOM DU CLIENT : _____</div> <div>SITE : _____</div> <div>Adresse : _____</div> <div>9 A5 @: _____</div> <div><table><tr><td>ASTREINTE</td><td>TEMPS DE TRAJET : (aller/retour) _____</td><td>HEURE D'ARRIVEE : _____</td><td>HEURE DE DEPART : _____</td></tr></table></div>		ASTREINTE	TEMPS DE TRAJET : (aller/retour) _____	HEURE D'ARRIVEE : _____	HEURE DE DEPART : _____				
ASTREINTE	TEMPS DE TRAJET : (aller/retour) _____	HEURE D'ARRIVEE : _____	HEURE DE DEPART : _____								
ENVIRONNEMENT SANTE SECURITE											
QUESTIONNAIRE	OUI	NON	Commentaire obligatoire en cas de réponse négative :								
1- Le port des EPIs (équipements de protection individuels) est-il respecté ?											
2- L'outillage est-il conforme et approprié à l'intervention ?											
QUESTIONNAIRE	OUI	NON	Commentaire obligatoire en cas de réponse affirmative :								
1- Manque t'il un plan de prévention alors qu'il est nécessaire ?											
2- L'accès est-il dangereux ?											
3- Existe t'il un risque autour de l'unité ?											
4- Le travail en hauteur comporte t'il des risques ?											
5- S'agit-il d'un espace confiné ?											
6- L'intervenant est-il isolé ?											
7- L'enlèvement des déchets n'est-il pas gérable ?											
79FH 75H897CBHFC @ 8DH5B7<94H8I 7F7I 4I: F4 CF4 EI 9S (Suivant Réglementation en vigueur)											
Aucune fuite détectée		N/S Détecteur : _____									
Nombre de fuites réparées _____											
Nombre de fuites nécessitant une nouvelle intervention _____		Repère : _____									
CONTROLES DES EQUIPEMENTS SOUS PRESSION (DESP) Suivant Réglementation en vigueur											
▪ Aspect général des échangeurs		Conforme	Non conforme								
▪ Aspect général des tuyauteries frigorifiques		Conforme	Non conforme								
▪ Valeur de coupure des pressostats haute pression	barsbars								
▪ Remplacement des soupapes avec certificat de conformité		Oui	Non								
▪ Echappement des soupapes collecté		Oui	Non								
Le travail commandé est-il terminé ?		Oui	Non								
Travaux à réaliser par le client	NON OUI										
Travaux à chiffrer	NON OUI										



United Technologies

RAPPORT D'INTERVENTION

N° OS

Page 2/2

EQUIPEMENT

MODELE :

N° DE SERIE :

XYbit :

Nature du
fluide frigorigène :

Type d'huile :

CIRCUIT A

CIRCUIT B

CIRCUIT C

CIRCUIT D

Charge contenue dans l'installation :

Quantité de fluide récupéré :

Quantité de fluide récupéré et réintroduit :

Quantité de fluide neuf chargé (Fourniture CARRIER) :

Quantité de fluide neuf chargé (Fourniture CLIENT) :

Quantité de fluide retourné pour retraitement par un tiers :

Quantité d'huile neuve chargée :

Référence du diagnostique d'huile :

FONCTIONNEMENT GENERAL

▪ Aspect général de l'unité	Bon	Moyen	Médiocre
▪ Vérification des niveaux d'huile compresseur	Conforme	Non conforme	Non applicable
▪ Vérification du fonctionnement de la régulation	Conforme	Non conforme	Non applicable
▪ Vérification des pertes de charge des échangeurs sans démontage	Conforme	Non conforme	Non applicable
▪ Contrôle de l'encrassement des échangeurs sans démontage	Conforme	Non conforme	Non applicable
▪ Serrage des connexions électriques	Réalisé	Non réalisé	
▪ Relevé de fonctionnement à l'aide de l'outil informatique	Réalisé	Non réalisé	
▪ Contrôle de l'isolement des compresseurs, moteurs	Réalisé	Non réalisé	
▪ Mise à jour du software (évolution, amélioration, optimisation)	Réalisé	Non réalisé	Version

TRAVAIL EFFECTUE

Noms des autres
intervenant

Technicien Carrier Intervenant

Organisme habilité si nécessaire

Client

Société :

Société :

Nom :

Nom :

Nom :

Signature :

Signature :

Signature :