Air Liquide HEALTHCARE

FORMULAIRE
PROCES VERBAL DE VISITE CONTRADICTOIRE
CONTRAT ENTRETIEN RESEAUX

SMI

Etablissement : Elfrod Laurent Antoine
Adresse : 2 rue du Dr Barral
Personne Contactée : Mr Tounene
Intervention effectuée par : Germaine Antony
Clé dynamométrique N° 126287

N° d'OS ALSF :
N° de contrat :
En date du Du : 1/09/25 au 1/09/25
Contrôleur de pression N°
Tournevis Dynamométrique N°

Récapitulatif des entretiens, contrôles et vérifications réalisés conformément au contrat en cours

Entretien et contrôle des prises	Quantité	Entretien des détendeurs et centrales	Quantité
Type BM/BL avec changement Kit	134	Type UD 3/30, UD 3,5/40, Coffret de sécurité pression avec changement kit	
Type BK avec changement Kit		Type UD CARBO avec changement kit	
Type CARBO avec changement Kit		Type UD AGA DKD avec changement kit	
Type AGA DI avec changement Kit		Type UD ROTAREG, UD2 CAHOUET avec changement kit	
Type AGA SECURISTAR avec changement Kit		Type UD 4,5/80, DAMAO avec changement kit	4
Type DKD avec changement Kit		Contrôle UD sans changement kit	
Type THEO avec changement Kit		Type centrale inférieur ou égal à 2x2 bts	
Contrôle prise sans changement kit		Type centrale supérieur à 2x2 bts	
Maintenance 5 ANS des prises	**Quantité**	**Maintenance 5 ANS des prises**	**Quantité**
Type BL avec changement kit		Type AGA DI avec changement kit	
Type BK avec changement kit		Type AGA SECURISTAR changement kit	
Type DKD avec changement kit		Type THEO avec changement Kit	

Travaux de maintenance réalisés hors contrat avec accord de l'établissement

Liste des pièces	Quantité	Liste des pièces	Quantité

Les interruptions d'alimentation ont été réalisées conformément à notre demande Oui ☐ Non ☐

Commentaires sur les travaux réalisés :

134 prises BM entretenues
4 UD Damao entretenues

4 alarmes contrôlées
1 report alarme contrôlé.

Mise à jour du schéma Synoptique : OUI NON (Le schéma synoptique mis à jour sera remis ultérieurement à l'établissement.)

Air Liquide Santé France déclare avoir procédé aux opérations d'entretien, de contrôle et de vérification de l'installation de distribution de gaz médicaux conformément au contrat susmentionné.

Date :
Pour l'Etablissement
Nom :
Fonction :
Signature :

Pour Air Liquide Santé France
Nom : Germaine Antony
Fonction : Technicien
Signature : Antony

*Ce document est la propriété d'*AIR LIQUIDE *Santé* FRANCE. *Toute reproduction sans autorisation écrite est interdite.*
Ce document une fois imprimé est en diffusion non contrôlée