Air Liquide HEALTHCARE

FORMULAIRE
PROCES VERBAL DE VISITE CONTRADICTOIRE
CONTRAT ENTRETIEN RESEAUX

SMI

Etablissement : Ehpad Claude Goudet
Adresse : 15 Av Victor Hugo
Personne Contactée : Mr Tournerie
Intervention effectuée par : Cheminée Antony
Clé dynamométrique N° 126287

N° d'OS ALSF :
N° de contrat :
En date du Du : 25/08/2025 au 26/08/2025
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	196	Type UD 3/30, UD 3,5/40, Coffret de sécurité pression avec changement kit	6
Type BK avec changement Kit		Type UD CARBO avec changement kit	
Type CARBO avec changement Kit		Type UD AGA DKD avec changement kit	2
Type AGA DI avec changement Kit		Type UD ROTAREG, UD2 CAHOUET avec changement kit	
Type AGA SECURISTAR avec changement Kit	4	Type UD 4,5/80, DAMAO avec changement kit	
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 :

4 alarmes contrôlées

196 prises BM entretenues
4 Prises AGA securistar entretenues
6 UD 3,5/40 entretenues avec changement de la membrane
2 UD DKD B entretenues avec changement de la membrane

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 : Cheminée Antony
Fonction : Technicien
Signature :

*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