ANNEXE CCTP.4 : Recommandations Entretien

Contrôles, Contre-indications, Décontamination

***A remplir pour chacun des équipements si nécessaire***

**Equipement**

|  |
| --- |
|  |

**intitule :**

|  |
| --- |
|  |

Modèle de Dispositif Médical :

• Utilisation prévue et Restriction d’utilisation du Dispositif Médical

Référence du document :

De la page : à la page : .

• Check-list de contrôle avant utilisation du Dispositif Médical

Référence du document :

De la page : à la page : .

• Interférences réciproques du Dispositif Médical

Référence du document :

De la page : à la page : .

• Procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation

 Du Dispositif Médical

Référence du document :

De la page : à la page : .

 De ses accessoires

Référence du document :

De la page : à la page : .

• Nature et périodicité recommandée de la maintenance préventive

Référence du document :

De la page : à la page : .

• Check-list de contrôle technique du Dispositif Médical

Référence du document :

De la page : à la page : *.*

|  |
| --- |
| Cachet de la société, nom et signature  de la personne habilitée à engager la société : |
|  |
|  |