

แบบตรวจสอบความถูกต้องพร้อมใช้งาน  
เครื่อง กระตุกหัวใจแบบ 2 เฟส (Defibrillator)  
(SN/รุ่น.....)

ประจำปีงบประมาณ..... เริ่มใช้ .....

กลุ่มงานการพยาบาล/หอผู้ป่วย.....

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แบบตรวจสอบความถูกต้องพร้อมใช้เครื่อง Defibrillation

ลำดับ	รายการตรวจสอบ	เดือน .....พ.ศ. ....																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	<b>ตรวจสอบสภาพทั่วไปของเครื่อง</b>																																
1	หน้าจอแสดงผล																																
2	สวิตช์เปิด-ปิดเครื่อง																																
3	สวิตช์เลือกโหมดต่างๆ																																
4	สายไฟพร้อมใช้																																
5	EKG electrodes/Patient cable																																
6	Paddle electrode																																
7	กระดาษบันทึกผล,Electrode เจล																																
	<b>ตรวจสอบการทำงานของเครื่อง</b>																																
8	หน้าจอแสดงผล																																
9	การทำงานของปุ่มสวิตช์เปิด-ปิดเครื่อง																																
10	ชาร์จแบตเตอรี่พร้อมใช้งาน																																
11	การทำงานของปุ่มปรับต่างๆ																																
	<b>ตรวจสอบความสะอาด</b>																																
12	ความสะอาดของตัวเครื่อง																																
	<b>ลงชื่อผู้ตรวจสอบ</b>																																
	หมายเหตุ √ = ปกติ × = มีปัญหา																																