

INSPECCIÓN DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO -DEA



Fecha: _____ **Ubicación:** _____
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie/Lote: _____ **N° Activo Fijo:** _____
Fecha Vencimiento Equipo: _____ **Fecha Vencimiento Pad Pak:** _____ **Pediatrico:** _____

Aspecto a Evaluar	Calificación				Descripción Condición Identificada
	Cumple	Cumple Parcial	No Cumple	No Aplica	
Aspectos Generales					
Visible y sin obstáculos					
Se encuentra señalizado con instrucciones de uso y éstas son claras y visibles					
Cuenta con gabinete en buen estado					
Tiene estuche en buen estado					
Está activada la alarma sonora y visual del gabinete					
Condición del DEA					
Está iluminando la luz verde que indica funcionamiento correcto del equipo					
No tiene grietas o piezas sueltas					
El audio del equipo funciona					
Cuenta con mantenimiento preventivo técnico					
El equipo está limpio y sin desgaste excesivo					
Pad Pak					
Fecha vencimiento electrodos adultos					
Fecha vencimiento electrodos pediátricos					
Paquete de electrodos sellado					
Pestañas completas y se ajustan al DEA					
Elementos Complementarios De Rescate					
Cuchillas de afeitar desechables					
Tijeras corta todo					
Guantes de latex					
Máscara de RCP					
Cuenta con cable USB					

OBSERVACIONES: _____

Inspeccionó: _____
Cargo: _____
Firma: _____