

Nom du formulaire : Suivi des entretiens mensuels des appareils HMS Plus - Registre	Identifiant : 38-EBMD-FOR-115289 Version : 2
Autorité responsable : Jonathan Michaud-Levesque, Ph.D., biochimiste clinique	Date d'entrée en vigueur : 2024-10-11

Ce formulaire est en lien avec la procédure : 38-EBMD-PON-115177 Utilisation de l'appareil HMS Plus de Medtronic

No d'appareil : _____ No de série : _____ No GBM : _____

Date AAAA/MM/JJ	Heure	Température plage : 36,5°C-37,5°C	Température acceptable	Vérif. inject. vol. par distrib. plage : 0,9-1,1 mL	Nettoyage des puits √	Fait par initiales	Commentaires
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réussite <input type="checkbox"/> échec			

Faxer lorsque la feuille est complète au laboratoire de l'ICM au 514 593-2577 et conserver pendant 5 ans, A/S Responsable technique EBMD. Pour tout problème, contacter l'équipe EBMD : ebmd.icm@icm-mhi.qc.ca ou par téléphone au (514) 376-3330 poste 3871

Nom de l'évaluateur : _____ Signature : _____

Titre : _____ Date : _____

LOCALISATION DES COPIES PAPIER : Cartables des appareils HMS-01 à HMS-07 en salle d'opération

RÉFÉRENCE : S.O.