

## AED Maintenance Checklist

Date of inspection: \_\_\_\_\_ Unit Serial Number: \_\_\_\_\_

Location of inspection: \_\_\_\_\_

CRITERIA		CORRECTIVE ACTION / COMMENTS
<b>AED</b>		
Verify battery installation	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Note expiry date on battery	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Check the status/service indicator light	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Note absence of visual/audible service alarm	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Insure that pads connector is plugged into defibrillator	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
<b>SUPPLIES</b>		
Adult AED pads in a sealed package	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Pediatric AED pads in a sealed package, or pediatric key present	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Check expiration date on pad packages	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Pocket mask with one-way valve	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Examination gloves	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Scissors, razor	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Towels	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Other, specify:	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	

Inspection performed by: \_\_\_\_\_ (print) \_\_\_\_\_ (signature)

*Please refer to your manufacturer's User's Manual for more information and proper annual maintenance procedures.*

## Liste de vérification pour l'entretien du DEA

Date de l'inspection : \_\_\_\_\_ Numéro de série du DEA : \_\_\_\_\_

Lieu de l'inspection : \_\_\_\_\_

CRITÈRES		MESURE CORRECTIVE / COMMENTAIRES
<b>DEA</b>		
Vérification de la mise en place des batteries	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Vérification de la date d'expiration sur la batterie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Vérification de la lumière d'indication d'état ou de service	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Vérification de l'absence d'alarme de service visuelle/audible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Électrodes branchées au défibrillateur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>FOURNITURES</b>		
Électrodes pour DEA adulte dans un emballage scellé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Électrodes pour DEA pédiatrique dans un emballage scellé, ou clé pour DEA pédiatrique présente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Vérification de la date d'expiration sur les emballages d'électrodes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Masque de poche muni d'une valve à sens unique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Gants d'examen	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ciseaux, rasoir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Serviettes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Inspection réalisée par : \_\_\_\_\_ (en lettres moulées) \_\_\_\_\_ (signature)