

**Contrôles périodiques à effectuer dans le cabinet**

Le présent format de document vise à avoir une cartographie de l’ensemble des appareils ou dispositifs à contrôler, la périodicité du contrôle, la date du prochain contrôle, les intervenants sélectionnés et les montants engagés

***Pour aller plus loin :*** *n’hésitez pas à renseigner les montants facturés dans le cadre de ces contrôles pour une mieulleur maîtrise des budgets.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Appareils à contrôler* | *Mise en service ou dernier contrôle* | *Périodicité du Contrôle* | *Date du prochain contrôle* | *Nom et coordonnées du fabricant ou prestataire* | *Contrat de maintenance* | *Organisme intervenant*  *(coordonnées)* | *Montants facturés* |
| Installations électriques  *Exemple :* | 01/2014 | 12 mois | 01/2019 | EDF | NON | Bureau Veritas | 350€ |
| Compresseurs |  | 12 mois |  |  |  |  |  |
| Compresseurs (filtres) |  | 12 mois |  |  |  |  |  |
| Extincteurs |  | 12 mois |  |  |  |  |  |
| Thermo-  désinfecteurs |  | En fonction du fabricant |  |  |  |  |  |
| DAC |  | En fonction du fabricant |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| Radio  Contrôle PCR |  | 12 mois |  |  |  |  |  |
| Contrôle interne des contrôles externes |  | 12 mois |  |  |  |  |  |
| Contrôles qualité interne |  | 3 mois |  |  |  |  |  |
| Contrôles radioprotection |  | 5 ans |  |  |  |  |  |
| Contrôles de la mire |  | En fonction du fabricant |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| Stérilisateur  Cartouche résine |  | En fonction du fabricant |  |  |  |  |  |
| Contrôle qualification opérationnelle |  | En fonction du fabricant |  |  |  |  |  |
| Climatisation |  | 12 mois |  |  |  |  |  |
| Maintenance des fauteuils de soins |  | 12 mois |  |  |  |  |  |
| Document Unique |  | 12 mois |  |  |  |  |  |
| *Indiquez à la suite les installations que vous sont propres* |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |