

Centre de radiologie

Docteur(s) : _____

Adresse : _____

*Inventaire
Installation de
mammographie numérique*

Mis à disposition par l'ARCADES contrôle
qualité

Mammographie

Maintenance :

Date : _____

Action(s) : _____

Justificatifs le cas échéant à joindre sur la page suivante : _____

Systeme CR plaques ERLM

Maintenance :

Date : _____

Action(s) : _____

Justificatifs le cas échéant à joindre sur la page suivante : _____

Lecteur CR

Identification :

Marque :

Modèle :

Numéro de série :

Date de première mise :

Lecteur CR

Maintenance :

Date : _____

Action(s) : _____

Justificatifs le cas échéant à joindre sur la page suivante : _____

Console diagnostique

Identification :

Marque de la console :

Modèle de la console :

Numéro de série :

Date de première mise en service :

Marque des moniteurs :

Modèle des moniteurs :

Numéro de série des moniteurs :

Date de première mise en service :

Console diagnostique

Maintenance :

Date : _____

Action(s) : _____

Justificatifs le cas échéant à joindre sur la page suivante : _____

Reprographie

Identification :

Marque :

Modèle :

Numéro de série :

Date de première mise en service :

Reprographie

Maintenance :

Date : _____

Action(s) : _____

Justificatifs le cas échéant à joindre sur la page suivante : _____

Négatoscope

Identification :

Marque : _____

Modèle : _____

Numéro de série : _____

Date de première mise en service : _____

Négatoscope

Maintenance :

Date : _____

Action(s) : _____

Justificatifs le cas échéant à joindre sur la page suivante : _____

Films laser

Identification :

Marque : _____

Modèle : _____