**VERIFICATION DE LA QUALIFICATION DU LOCAL D’UN DEPOT DE SANG**

Date :

Etablissement de santé :

❒ DUV ❒ DUV R ❒ DR ❒ DD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Qualification opérationnelle  OUI/NON/EN COURS | Qualification de performance  OUI/NON/EN COURS | Commentaires |
| Surface du local |  |  |  |
| Visibilité / identification local |  |  |  |
| Eclairage approprié |  |  |  |
| Electricité / prises conformes |  |  |  |
| Electricité / prise onduleur |  |  |  |
| Electricité / raccordement au groupe électrogène |  |  |  |
| Climatisation ou régulation de la température |  |  |  |
| Humidité contrôlée |  |  |  |
| Point d’eau |  |  |  |
| Hygiène et facilité d’entretien |  |  |  |
| Détecteur de fumée |  |  |  |
| Contrôle de l’accès (sécurisé) |  |  |  |
| Liaison des enceintes à centrale d’alarme |  |  |  |
| Absence de lieu de passage |  |  |  |
|  | Qualification opérationnelle  OUI/NON/EN COURS | Qualification de performance  OUI/NON/EN COURS | Commentaires |
| Accessibilité |  |  |  |
| Signalétique d’accès |  |  |  |
| Informatique |  |  |  |
| Téléphone |  |  |  |
| Fax |  |  |  |
| Horodateur |  |  |  |
| Plan de travail |  |  |  |
| Identification de zones  réception / délivrance / stockage |  |  |  |
| Local dédié |  |  |  |
| Implantation géographique |  |  |  |
|  |  |  |  |
| CONCLUSION / VALIDATION |  | | |