| **اسم المبنى:** | | **رقم المرجع** | | **النسخة:** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **أنظمة أجهزة القياس والتحكم - مرافق الرعاية الصحية** | | | | | | | |
| يتمثل الغرض من الإشعار بمباشرة المراقبة هذا في تسليط الضوء على أبرز المشاكل التي قد تنشأ خلال الأعمال اليومية على المستوى المحلي. وينبغي مراجعة الإجراءات وجميع المعلومات الداعمة وإدخال التعديلات اللازمة بما يضمن تزويد المرافق بوثيقة نهائية ومحدثة. | | | | | | | |
| **الوثيقة** | **قائمة التدقيق الخاصة بالمراقبة اليومية لنظام القياس والتحكم** | | | | **قائمة التدقيق الخاصة بالمراقبة اليومية** | | |
| **لا ينطبق** | **نعم** | **لا** |
| 1 | معاينة الأنظمة | | | |  |  |  |
| 2 | تقييم النظام (هل الوحدة والمحطة التابعة لها محمية من الوصول غير المصرح به؟) | | | |  |  |  |
| 3 | المراقبة عن بعد لأنظمة التهوية وتكييف الهواء وغيرها من الأنظمة الميكانيكية والكهربائية والصحية والمعدات من خلال وحدات التحكم ونظام إدارة المباني | | | |  |  |  |
| 4 | وظائف النظام / وضع التشغيل | | | |  |  |  |
| 5 | تحديد مخاطر الصيانة على المعدات وإصدار أوامر العمل في حالة وجود أي تعارض في الأنظمة الميكانيكية والكهربائية والصحية | | | |  |  |  |
| 6 | التحقيق في الأعطال/الإنذارات لأنظمة الأعمال الميكانيكية والكهربائية وأعمال السباكة (الأحداث المسجلة/الرموز النشطة) | | | |  |  |  |
| 7 | التأكد بأن الأنظمة العاملة/الاحتياطية سليمة ومتصلة بالشبكة | | | |  |  |  |
| 8 | التأكد من اتصال أجهزة التحكم الميدانية والموجهات والمحولات بشبكة الإنترنت وقدرتها على الإرسال والاستقبال | | | |  |  |  |
| 9 | عمل بنية النظام | | | |  |  |  |
| 10 | إجراء الإصلاحات الطارئة إن وجدت بسرعة وكفاءة | | | |  |  |  |
| 11 | حفظ السجلات اليومية لجميع أعمال التشغيل | | | |  |  |  |
| 12 | ضمان الامتثال لمعايير الأجهزة والصحة والسلامة المهنية | | | |  |  |  |
| 13 | الامتثال لمعايير الخدمات وتعليمات العمل ومتطلبات المستخدم. | | | |  |  |  |
| 14 | دقة نقاط الضبط (عدم تغيرها) | | | |  |  |  |
| 15 | الجهد/الضغوط/التدفق في المواصفات حسب الشركة المصنعة | | | |  |  |  |
| **الوثيقة** | **ملاحظات المُراجع** | | **القرار** | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| اسم المعدّ / التوقيع والتاريخ: | | | اسم الشخص القائم بالفحص / التوقيع والتاريخ: | | | | |
|  | | |  | | | | |