

Registre D'ESSAI D'AJUSTEMENT QUALITATIF

Nom du responsable de l'essai :		Établissement :	
Date de l'essai : / /		Heure de l'essai :	
IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR			
Prénom et Nom du travailleur impliqué :		N° Matricule :	
Commentaires / Précisions :			
1^{er} essai – Masque N-95			
Marque :		Modèle :	Grandeur associée :
Type d'essai : <input type="checkbox"/> Bitrex <input type="checkbox"/> Saccharine		Nb. vaporisations initiales :	Nb. vaporisations subséquentes :
Exercices (60 secondes / chacune)			
Respiration normale : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec		Respiration profonde : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec	
Rotation Gauche-Droite : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec		Hochement Haut-Bas : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec	
Discussion (Parler) <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec		Validation finale : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec	
Commentaires / Précisions :			
2e essai – Masque N-95			
Marque :		Modèle :	Grandeur associée :
Type d'essai : <input type="checkbox"/> Bitrex <input type="checkbox"/> Saccharine		Nb. vaporisations initiales :	Nb. vaporisations subséquentes :
Exercices (60 secondes / chacune)			
Respiration normale : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec		Respiration profonde : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec	
Rotation Gauche-Droite : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec		Hochement Haut-Bas : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec	
Discussion (Parler) <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec		Validation finale : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec	
Commentaires / Précisions :			
Résultats			
Marque :		Modèle :	Grandeur associée :
Signature du travailleur :			Date : / /
Signature du responsable de l'essai :			Date : / /
Formation offerte à l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Date : / /