

**BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN JKWPKL & PUTRAJAYA  
SENARAI SEMAK PENYELENGGARAAN  
DENTAL CHAIR CUM UNIT**

Lokasi:.....

Tahun: .....

No Siri Unit / No Kad Kew 312 / KEW. PA 2 .....

Penyelenggaraan mingguan oleh PPP/PPK:

		1	2	3	4	5
	Tarikh					
	Nama					
	T/tangan					
1.	Periksa posisi dan fungsi <i>chair cum unit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Periksa <i>cup filler</i> dan <i>bowl rinse</i> pada <i>cuspidor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Periksa getaran dan air pada <i>scaling unit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Bersihkan unit <i>High-Vac</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Penyelenggaraan 6 bulan sekali oleh JT:

		1	2
	Tarikh		
	Nama		
	T/tangan		
1.	Periksa <i>dim control</i> pada lampu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Periksa tekanan angin dan air pada <i>cutting unit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Periksa kuasa sedutan pada <i>suction unit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Periksa tekanan angin pada kompresor dan uji fungsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Periksa penutup unit / <i>hydraulic cover / tubing</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATATAN:

---



---



---



---



---

Disemak oleh : Tandatangan:.....

Nama:.....

Jawatan:.....