****

Date :

Nom / Prénom :

**Fiche test – Masques ou demi-masques** **ventilation assistée**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Modèle de demi-masque (1) :Taille :Type de filtre durant le test :Test d’étanchéité réussi ? OUI/NON | Modèle de demi-masque (2) :Taille :Type de filtre durant le test :Test d’étanchéité réussi ? OUI/NON | Modèle de demi-masque (3) :Taille :Type de filtre durant le test :Test d’étanchéité réussi ? OUI/NON |
|  | Très bien | Bien | Passable | Mauvais | Très bien | Bien | Passable | Mauvais | Très bien | Bien | Passable | Mauvais |
| **Prise en main** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bruit ou vibration du moteur** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Poids** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Champ de vision** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nettoyage et entretien** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Débit d’air/Respirabilité** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Autonomie générale :**……………heures |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Alarme visuelle ou sonore en cas de décharge batterie** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Alarme visuelle ou sonore en cas de trop faible débit d’air** *(filtre encrassé)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Compatible avec protections oculaires**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Compatible avec protections auditives** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **RESULTAT :** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Notre choix (1), (2), (3)** |  | Modèle (1) |  |  | Modèle (2) |  |  | Modèle (3) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Activités lors du test :