

FICHE D'ÉVALUATION ET DE SUIVI D'UN BLOC

Visiteur: _____ Date: _____

 Visite périodique avant épreuve: _____
 Visite précédente le: _____ Par: _____

Signature:

IDENTIFICATION

 Propriétaire: _____
 Constructeur: _____
 Marque: _____
 PS (bars): _____
 Capacité (en litres): _____
 Épaisseur de calcul des parois (E): _____
 Fond: _____

 N° Bloc: _____
 PE (bars): _____
 Date de la première épreuve: _____
 Date la de dernière épreuve: _____
 Réépreuve avant le: _____

CONSTAT	DECISION	REALISATION	CONSTAT	DECISION	REALISATION
ROBINETTERIE La réserve fonctionne bien Le robinet se démonte aisément Dépôt de rouille sur les filets Dépôt de rouille sur le fond Filets en bon état	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Robinetterie à changer <input type="checkbox"/>	PAROI Oxydation Superficielle uniforme (1) Pulvérulente généralisée (6) Petites piqûres réparties (2) Piqûres généralisée Piqûres en ligne (3) Piqûres en bande (3+) Localisation: _____ Chancres (2+) Localisation: _____ Corrosion feuilletante localisée (4) Localisation: _____ Corrosion feuilletante généralisée (5) Corrosion galvanique (7)	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grenail U.S. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rejet Rejet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grenail U.S. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> profondeur e>E e<E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grenail profondeur Surf <1cm² >1cm² <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> profondeur Surf <10% >10% < 40 > 40 mm² <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
BLOC Filetage Col en bon état Légèrement oxydé Filets actifs détériorés par corrosion galvanique (7)	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	à nettoyer <input type="checkbox"/> Rejet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OBSERVATIONS Bloc rebuté par: _____ Date: _____ Motif: _____ Rendu inutilisable par: _____ Date: _____ Envoyé en épreuve le: _____ Retour le: _____ Épreuve effectuée par: _____ Bloc remise en service le: _____ Traitement intérieur: _____ Nature: _____	
EXTÉRIEUR Peinture en bon état Cloques: Écailles non corrodés Corrodées Corrosion superficielle: localisée Généralisée Atteinte profondes	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Retouches Nettoyage Nettoyage Sablage Traitement Surface + peinture Rejet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date: _____		
INTÉRIEUR Nature des résidus: Propres Sec Revêtement Opaque Opaque, parfaitement adhérent Transparent (parfaitement) et parfaitement adhérent Sans revêtement	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	à nettoyer à sécher <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> à éliminer (visite avant épreuve) à éliminer <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date: _____ Entreprise: _____ Méthode: thermique <input type="checkbox"/> chimique <input type="checkbox"/> mécanique <input type="checkbox"/> Produits: _____		