

PROTOKÓŁ PRZEGLĄDU OŚWIETLENIA AWARYJNEGO I EWAKUACYJNEGO

test funkcjonalny miesięczny · test pełny i przegląd roczny

Nr protokołu	Data przeglądu	Termin następnego przeglądu
Wykonawca	Klient	
nazwa, NIP, adres, tel.	nazwa, NIP, adres	
Obiekt / lokalizacja		
nazwa, adres, kondygnacja / strefa		
Technik wykonujący	Przedstawiciel klienta	
imię i nazwisko, kwalifikacje / autoryzacja	imię i nazwisko, stanowisko	
Typ systemu	Liczba oprav i znaków / czas pracy awaryjnej	
oprawy autonomiczne / centralna bateria / adresowalny z autotestem	szt. / 1h, 2h, 3h	
Przyrząd pomiarowy (luksomierz)	Nr dziennika oświetlenia awaryjnego	Data ostatniego testu pełnego
typ, nr, data wzorcowania		

■ Wykaz oprav i znaków ewakuacyjnych

LP	NR OPRAWY	LOKALIZACJA	TYP OPRAWY / TRYB PRACY	TEST / CZAS PODTRZYMANIA [MIN]	NATĘŻENIE [LX]	STAN AKUMULATORA	OCENA

■ Test funkcjonalny (cykl miesięczny)

1. Symulacja zaniku napięcia i sprawdzenie samoczynnego załączenia	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
2. Sprawdzenie sygnalizacji stanu gotowości (dioda ładowania)	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
3. Kontrola wzrokowa oprav — uszkodzenia, zabrudzenie klosza	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
4. Sprawdzenie poprawności powrotu do stanu gotowości po teście	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
5. Wpis wyniku testu do dziennika oświetlenia awaryjnego	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d

■ Przegląd roczny i test pełny

1. Kompletność instalacji wg projektu / dokumentacji powykonawczej	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
2. Dostępność i czytelność dziennika oświetlenia awaryjnego	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
3. Test pełny — pomiar rzeczywistego czasu podtrzymania	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
4. Piktogramy znaków ewakuacyjnych zgodne z drogami ewakuacji	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
5. Widoczność znaków z wymaganej odległości obserwacji	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
6. Pomiar natężenia oświetlenia na drogach ewakuacyjnych	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
7. Stan akumulatorów oraz central / baterii centralnej	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
8. Oświetlenie przy urządzeniach ppoż. i punktach pierwszej pomocy	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
9. Działanie autotestu i odczyt historii zdarzeń (system adresowalny)	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
10. Wymiana źródeł światła i akumulatorów zakwalifikowanych do wymiany	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d
11. Ustalenie terminu następnego testu funkcjonalnego i przeglądu	☐ Tak	☐ Nie	☐ N/d

■ Wynik przeglądu

Wynik ogólny

sprawną / sprawna z uwagami / niesprawną

Liczba oprav sprawnych

Liczba oprav do wymiany

■ Usterki, zalecenia i uwagi

Wykonawca przeglądu

imię i nazwisko, uprawnienia eksploatacyjne / autoryzacja

Przedstawiciel klienta

imię i nazwisko, stanowisko