

Testing and Inspection Report

Double Check Valve Assembly / Pressure Vacuum Breaker / Reduced Pressure Principle

Distribution Copies	Regional Plumbing Inspector (Photocopy)	Occupant or Owner (Original)	OFFICE USE ONLY			
	Licensed Tester (Photocopy)		Site No.	Permit No.	Device No.	

Site Name / Occupancy							
Civic Number	Street	City					
Postal Code	Prov.	Telephone	Site Usage				

Site Owner							
Civic Number	Street	City					
Postal Code	Prov.	Telephone					

Certified Tester	Company Name	Licence No.	Telephone				
------------------	--------------	-------------	-----------	--	--	--	--

Make of Test Kit	Model No.	Serial No.	Calibration Due Date	Year	Month	Day
------------------	-----------	------------	----------------------	------	-------	-----

<input type="checkbox"/> Double Check Valve Assembly <input type="checkbox"/> Reduced Pressure Principle <input type="checkbox"/> Pressure Vacuum Breaker (Spill Resistant <input type="checkbox"/> Yes)							
Make of Assembly	Model No.	Serial No.	Size				
Location of Assembly in Building							
Level of Protection							
<input type="checkbox"/> Premise <input type="checkbox"/> Area <input type="checkbox"/> Zone <input type="checkbox"/> Individual							
Type of Test	<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Repair <input type="checkbox"/> Annual	Date of Test	Year	Month	Day	Line Pressure at Time of Test	kPa <input type="checkbox"/> Initial Test <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail psi <input type="checkbox"/> Final Test <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail

Tests	Step Component	Test	Requirement	Initial Test	Final Test
REDUCED PRESSURE	1: Relief Valve	Differential pressure relief valve opened at	(2 PSID minimum)		
	2: Shut Off Valve # 2	<input type="checkbox"/> Leaked <input type="checkbox"/> Closed Tight			
	3: Check Valve # 2	Reverse flow <input type="checkbox"/> Leaked <input type="checkbox"/> Closed Tight			
	4: Check Valve # 1	<input type="checkbox"/> Leaked <input type="checkbox"/> Closed Tight			
	5: Check Valve # 1	Pressure differential across 1 st check			
	6: Buffer	(Pressure drop across 1 st check minus opening point of relief valve) (min. 3 psi)			
DOUBLE CHECK VALVE ASSEMBLY	1: Check Valve # 1	Differential pressure in direction of flow	1.0 PSID min		
	2: Check Valve # 2	Differential pressure in direction of flow	1.0 PSID min		
PRESSURE VACUUM BREAKER	1: Air Inlet Valve	Opening Differential	1.0 PSID min		
	2: Check Valve	Closes tight in direction of flow	1.0 PSID min		

If the assembly fails the initial test for any reason, complete this section and note repair below

Reason for failure (if apparent)	
Comments:	

REDUCED PRESSURE PRINCIPLE									
REPAIRS	Differential Pressure Relief Valve			Check Valve No. 1		Check Valve No. 2		Shut Off Valve No. 2	
	<input type="checkbox"/> Cleaned			<input type="checkbox"/> Cleaned		<input type="checkbox"/> Cleaned		<input type="checkbox"/> Cleaned	
	Replaced			Replaced		Replaced		Replaced	
<input type="checkbox"/> Disc Upper	<input type="checkbox"/> Diaphragm Sm	<input type="checkbox"/> Diaphragm Lg	<input type="checkbox"/> Disc	<input type="checkbox"/> Pin Retainer	<input type="checkbox"/> Disc	<input type="checkbox"/> Pin Retainer	<input type="checkbox"/> Disc	<input type="checkbox"/> Seat	
<input type="checkbox"/> Disc Lower	<input type="checkbox"/> Upper	<input type="checkbox"/> Upper	<input type="checkbox"/> Spring	<input type="checkbox"/> Hinged Pin	<input type="checkbox"/> Spring	<input type="checkbox"/> Hinged Pin			
<input type="checkbox"/> Spring	<input type="checkbox"/> Spacer	<input type="checkbox"/> Lower	<input type="checkbox"/> Guide	<input type="checkbox"/> Diaphragm	<input type="checkbox"/> Guide	<input type="checkbox"/> Diaphragm			
<input type="checkbox"/> Seat			<input type="checkbox"/> Seat		<input type="checkbox"/> Seat				
<input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Other _____		

REPAIRS	DOUBLE CHECK VALVE ASSEMBLY				PRESSURE VACUUM BREAKER			
	Check Valve No. 1		Check Valve No. 2		Replaced			
	<input type="checkbox"/> Cleaned		<input type="checkbox"/> Cleaned		<input type="checkbox"/> Cleaned			
Replaced		Replaced		Replaced				
<input type="checkbox"/> Spring	<input type="checkbox"/> Guide	<input type="checkbox"/> Pin Retainer	<input type="checkbox"/> Spring	<input type="checkbox"/> Guide	<input type="checkbox"/> Pin Retainer	<input type="checkbox"/> Vent Spring	<input type="checkbox"/> Poppet	<input type="checkbox"/> Retainer
<input type="checkbox"/> Hinged Pin	<input type="checkbox"/> Seat	<input type="checkbox"/> Diaphragm	<input type="checkbox"/> Hinged Pin	<input type="checkbox"/> Seat	<input type="checkbox"/> Diaphragm	<input type="checkbox"/> Spring	<input type="checkbox"/> Disc	<input type="checkbox"/> Guide
<input type="checkbox"/> Disc				<input type="checkbox"/> Disc		<input type="checkbox"/> Vent Disc		
<input type="checkbox"/> Other _____				<input type="checkbox"/> Other _____				

I certify that I have tested the above device in accordance with New Brunswick Regulation 84-187 under the Plumbing Installation and Inspection Act.

Signature of Tester	Year	Month	Day
---------------------	------	-------	-----

Rapport d'essai et d'inspection
Dispositif antirefoulement à deux clapets de retenue et robinets,
casse-vide de type à pression et dispositif antirefoulement à pression réduite

Distribution 2007-01	Inspecteur plombier régional Propriétaire ou occupant Vérificateur agréé	(photocopie) (original) (photocopie)	USAGE INTERNE SEULEMENT		
			N° du site	N° du permis	N° du dispositif

Nom du site				
Numéro	Rue	Municipalité		
Code postal	Province	Téléphone	Utilisation du site	

Propriétaire				
Numéro	Rue	Municipalité		
Code postal	Province	Téléphone		

Vérificateur agréé	Entreprise	N° de licence	Téléphone	
--------------------	------------	---------------	-----------	--

Marque de l'appareil d'essai	Modèle	N° de série	Date du prochain étalonnage	Année	Mois	Jour
------------------------------	--------	-------------	-----------------------------	-------	------	------

<input type="checkbox"/> Dispositif antirefoulement à deux clapets de retenue et robinets	<input type="checkbox"/> Dispositif antirefoulement à pression réduite	<input type="checkbox"/> Casse-vide du type à pression (CVP)	<input type="checkbox"/> CVP résistant aux déversements						
Marque	Modèle	N° de série	Diamètre						
Emplacement du dispositif dans l'immeuble									
Degré de protection	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Secteur	<input type="checkbox"/> Zone	<input type="checkbox"/> Protection individuelle					
Type d'essai	<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Réparation	Date de l'essai	Année	Mois	Jour	Pression de cana-isation à l'essai	kPa <input type="checkbox"/>	Essai initial	Essai final
	<input type="checkbox"/> Annuel						lb/po ² <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec	<input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Échec

Essais	Élément	Essai	Exigence	Essai initial	Essai final
PRESSION RÉDUITE	1. Soupape de décharge	Soupape à pression différentielle ouverte à	Minimum 2 lb/po ² d		
	2. Robinet d'arrêt 2	<input type="checkbox"/> Fuite <input type="checkbox"/> Étanche			
	3. Clapet de retenue 2	Sens contraire de l'écoulement <input type="checkbox"/> Fuite <input type="checkbox"/> Étanche			
	4. Clapet de retenue 1	<input type="checkbox"/> Fuite <input type="checkbox"/> Étanche			
	5. Clapet de retenue 1	Pression différentielle au premier point de contrôle			
	6. Tampon	Chute de pression au premier point de contrôle, moins le point d'ouverture de la soupape de décharge (min. 3 psi)			
DISPOSITIF À DEUX CLAPETS ET ROBINETS	1. Clapet de retenue 1	Pression différentielle (dans le sens de l'écoulement)	Minimum 1.0 lb/po ² d		
	2. Clapet de retenue 2	Pression différentielle (dans le sens de l'écoulement)	Minimum 1.0 lb/po ² d		
CASSE-VIDE À PRESSION	1. Clapet d'admission d'air	Soupape à pression différentielle ouverte	Minimum 1.0 lb/po ² d		
	2. Clapet de retenue	Fermeture étanche (dans le sens de l'écoulement)	Minimum 1.0 lb/po ² d		

En cas d'échec au cours de l'essai initial, peu importe la cause, remplir cette section et préciser la réparation effectuée.

Cause de défaillance (si visible)	
Commentaires	

DISPOSITIF À PRESSION RÉDUITE

RÉPARATIONS	Soupape de décharge à pression différentielle		Clapet de retenue 1		Clapet de retenue 2		Robinet d'arrêt 2	
	<input type="checkbox"/> Nettoyé	Remplacé	<input type="checkbox"/> Nettoyé	Remplacé	<input type="checkbox"/> Nettoyé	Remplacé	<input type="checkbox"/> Nettoyé	Remplacé
	<input type="checkbox"/> Opercule (haute pression)	<input type="checkbox"/> Membrane (petite) <input type="checkbox"/> Membrane (grande)	<input type="checkbox"/> Opercule <input type="checkbox"/> Ressort	<input type="checkbox"/> Bague de retenue de la goupille	<input type="checkbox"/> Opercule <input type="checkbox"/> Ressort	<input type="checkbox"/> Bague de retenue de la goupille	<input type="checkbox"/> Opercule <input type="checkbox"/> Siège	
	<input type="checkbox"/> Opercule (basse pression)	<input type="checkbox"/> Haute pression <input type="checkbox"/> Haute pression	<input type="checkbox"/> Guide <input type="checkbox"/> Siège	<input type="checkbox"/> Goupille de charnière <input type="checkbox"/> Membrane	<input type="checkbox"/> Guide <input type="checkbox"/> Siège	<input type="checkbox"/> Goupille de charnière <input type="checkbox"/> Membrane		
	<input type="checkbox"/> Ressort <input type="checkbox"/> Siège	<input type="checkbox"/> Butée d'écart <input type="checkbox"/> Basse pression						<input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> Autre _____			

DISPOSITIF À DEUX CLAPETS ET ROBINETS

RÉPARATIONS	Clapet de retenue 1			Clapet de retenue 2			CASSE-VIDE À PRESSION		
	<input type="checkbox"/> Nettoyé	Remplacé		<input type="checkbox"/> Nettoyé	Remplacé		<input type="checkbox"/> Nettoyé	Remplacé	
	<input type="checkbox"/> Ressort <input type="checkbox"/> Goupille de charnière	<input type="checkbox"/> Guide <input type="checkbox"/> Siège	<input type="checkbox"/> Bague de retenue de goupille <input type="checkbox"/> Membrane	<input type="checkbox"/> Ressort <input type="checkbox"/> Guide <input type="checkbox"/> Goupille de charnière	<input type="checkbox"/> Bague de retenue de goupille <input type="checkbox"/> Membrane	<input type="checkbox"/> Ressort (orifice de ventilation) <input type="checkbox"/> Ressort	<input type="checkbox"/> Opercule (champignon) <input type="checkbox"/> Bague de retenue <input type="checkbox"/> Opercule <input type="checkbox"/> Guide	<input type="checkbox"/> Opercule (orifice de ventilation)	
	<input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> Autre _____			

Je certifie avoir mis à l'essai le dispositif décrit ci-dessus conformément au Règlement du Nouveau-Brunswick 84-187 établi en vertu de la Loi sur le montage et l'inspection des installations de plomberie.

Signature du vérificateur agréé	Année	Mois	Jour
---------------------------------	-------	------	------



MONCTON

100, ave Worthington, Moncton, NB E1C 9Z3

Distribution de l'eau et collecte des eaux usés
506-853-3430 • backflow@moncton.ca