



Fecha

Protocolo de mantención aspirador de secreciones							
Cliente:		Tipo de servicio:		Fecha de servicio:			
Marca:	Modelo:	Numero de serie:					
Capacidad:		Fecha de ultima mantencion:					
Mantencion a cargo de:							
<b>1. INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD</b>							
1.1 Inspeccion de carcaza		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
1.2 Inspeccion cable de alimentacion		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
1.3 Inspeccion de accesorios		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
1.4 Estado de las lineas		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
1.5 Estado de Switch ON / OFF		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
<b>2. MANTENCIONES GENERALES</b>							
2.1 Limpieza externa e interna		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
2.2 Lubricacion de partes moviles		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
2.3 Limpieza de vaso colector de secreciones		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
2.4 Limpieza de filtro		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
2.5 Limpieza de lineas		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
2.6 Lubricacion de membrana		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
<b>3. CHEQUEOS FUNCIONALES</b>							
3.1 Prueba de encendido		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
3.2 Prueba de funcionamiento vacuometro con instrumento externo		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
3.3 Prueba de fugas		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
3.4 Prueba de presion de aspiracion para adulto (-80 a -120 mmHg)		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
3.5 Prueba de presion de aspiracion para niños (-80 a -100 mmHg)		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
3.6 Prueba de presion de aspiracion para bebes (-60 a -80 mmHg)		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
<b>4. MEDICION DE SEGURIDAD ELECTRICA</b>							
4.1 Prueba de seguridad electrica		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/ A	<input type="checkbox"/>
Observaciones:							
Nomenclatura:							
SI: Chequeo realizado / verificacion aprobada							
NO: Chequeo no realizado / verificacion no aprobada							
N/A: No aplica este chequeo / No aplica esta verificacion para el equipo / equipo no cuenta con este modulo							

Firma encargada/o de mantención

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del personal autorizado Institución

Nombre: \_\_\_\_\_