



Fecha

Protocolo de mantenimiento aspirador de secreciones		Fecha	
Cliente:		Tipo 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: <b>SI:</b> Chequeo realizado / verificacion aprobada <b>NO:</b> Chequeo no realizado / verificacion no aprobada <b>N/A:</b> No aplica este chequeo / No aplica esta verificacion para el equipo / equipo no cuenta con este modulo			

Firma encargada/o de mantenimiento

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

Firma del personal autorizado Institución

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