



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD

FORMATO REGISTRO PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS

Código: 362-1-P1-F2

Página 1 de 1

Versión: 0

Vigente a partir de : 28 de Mayo de 2021

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	MONITOR DE SIGNOS VITALES	Activo fijo	0
Marca	ADVANCED	Ubicación	A2
Modelo	PM-200M	Servicio	HOSPITALIZACIÓN
Serie	Q068A027538	Fecha	1/09/2021
		N° Reporte	010921-02

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento correctivo		x		Se reporta por el servicio que el equipo muestra valores incorrectos a la hora de toma signos vitales (NIBP, SpO2 y BPM)
llamado de emergencia				

3. EVALUACION TECNICA

PUNTO DE INSPECCION	¿Se realiza actividad?			¿Cuál es su estado?			ACTIVIDAD REALIZADA
	SI	NO	N/A	B	R	M	
Verificación de estado físico	x			x			Se realiza inspección inicial accesorios de equipo para descartar opción en daño de los mismos. Se realiza restablecimiento de ajuste de fabrica en el equipo. Se realiza verificación de parámetros del equipo por medio de equipo patrón por oc cual se puede determinar que equipo se encuentra funcionando en correctas condiciones.
Verificación de accesorios	x			x			
Prueba de funcionamiento inicial	x			x			
Verificación del sistema eléctrico	x			x			
Verificación del sistema electrónico	x			x			
Verificación del sistema mecánico			x				
Verificación del sistema neumático	x			x			
Verificación del sistema óptico			x				
Verificación del sistema de control	x			x			
Verificación de conexiones	x			x			
Verificación del sistema de alarma y seguridad	x			x			
Verificación de sistemas visuales y auditivos	x			x			
Verificación del Software	x			x			
Limpieza interna y externa		x					
Lubricación de componentes mecánicos			x				
Ajuste del sistema		x					
Remplazo de componentes		x					
Prueba de funcionamiento Final	x			x			

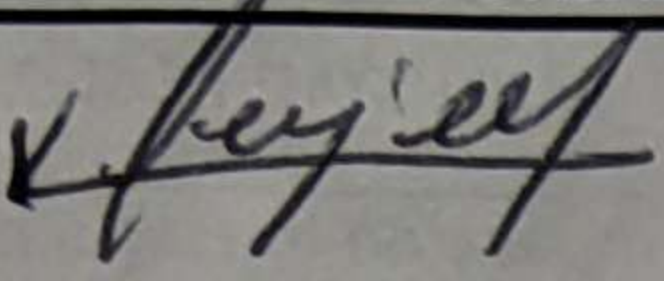
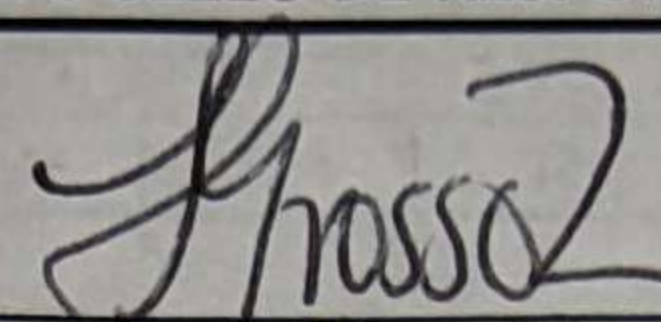
4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

VALOR DE REFERENCIA	MEDICION			RESULTADO PROMEDIO	ERROR	APRUEBA / NO APRUEBA	OBSERVACIONES
	1	2	3				Se realiza verificación metrológica con equipos patrón con local se demuestra que equipo se encuentra funcionando en correctas condiciones.
Sistólica	NIBP						
60 mmHg	65	64	----	64,5	-4,5	APRUEBA	
120 mmHg	123	123	----	123,0	-3,0	APRUEBA	
150 mmHg	154	154	----	154,0	-4,0	APRUEBA	
200 mmHg	206	203	----	203,0	-3,0	APRUEBA	
Diastólica	NIBP						
30 mmHg	33	33	----	33,0	-3,0	APRUEBA	
80 mmHg	84	83	----	83,5	-3,5	APRUEBA	
100 mmHg	106	106	----	106,0	-6,0	APRUEBA	
150 mmHg	155	155	----	155,0	-5,0	APRUEBA	
Media	NIBP						
40 mmHg	44	43	----	43,5	-3,5	APRUEBA	
93 mmHg	95	95	----	95,0	-2,0	APRUEBA	
117 mmHg	120	120	----	120,0	-3,0	APRUEBA	
167 mmHg	171	170	----	170,0	-3,0	APRUEBA	
Saturación de Oxígeno	SpO2						
80 SpO2	79	----	----	79	1,0	APRUEBA	
90 SpO2	91	----	----	91	-1,0	APRUEBA	
95 SpO2	96	----	----	96	-1,0	APRUEBA	
97 SpO2	98	----	----	98	-1,0	APRUEBA	
99 SpO3	99	----	----	99	0,0	APRUEBA	
100 SpO4	100	----	----	100	0,0	APRUEBA	

Pulsaciones por minuto		BPM					
60	BPM	60	----	----	60	0,0	APRUEBA
100	BPM	100	----	----	100	0,0	APRUEBA
120	BPM	120	----	----	120	0,0	APRUEBA
150	BPM	150	----	----	150	0,0	APRUEBA
240	BPM	240	----	----	240	0,0	APRUEBA

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS		
ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO				
¿Equipo funcionando correctamente?	SI	x	NO	OBSERVACIONES Equipo queda en correcto funcionamiento.
¿Equipo funcionando con limitaciones?	SI		NO	
¿Equipo puesto fuera de servicio?	SI		NO	
¿Se sugiere la baja del equipo?	SI		NO	

FIRMA Y/O SELLO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR		FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO	
Firma: 		Firma: 	
Nombre: Karin Faisoly Junco Mendoza		Nombre: Jaela Grosso B	
Cargo: Ingeniera Biomédica		Cargo: Enfermera J A 2	
Registro Sanitario: RH-201406-301		C.C.: 46668760	