

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Para su seguridad y cumplimiento de normas internacionales siempre que manipule dispositivos medicos es OBLIGATORIO utilizar equipos y medidas de proteccion.

Cliente	DR GUSTAVO SALVADOR		
Responsable	Tatiana Vivas	Cargo	Administradora
Nombre de hospital	DR GUSTAVO SALVADOR	Telefono	2345678
Direccion fisica de instalacion	Metropolitano		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	Gerardo Cordova

Identificacion del Equipo



Modelo	TIPO II	Nro. Serie	14AS4007
Breve descripcion del incidente o reporte			
Realizar mantenimiento preventivo.			
Fecha de instalacion	2014-10-06	Fecha del problema	2017-09-26
Horas de uso	5700	Version SW	4.101
		Codigo/error	00000
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	NA	Reportado Por	JUAN GUACOLLANTES AGUILAR
Maquina Tipo	POSITIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-08-15	Reporte Tecnico No.	20170926133556_264579684
Frecuencia de la desinfeccion	INTERDIALISIS		
Frecuencia de la desincrustacion.	DIARIA		
Operatividad General del equipo.	FUNCIONANDO		

INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA
Conexion de tuberias,Fugas y Goteos,Danos estructurales,Deteccion de Oxido y corrosion,Ruedas de transporte
SISTEMAS ELECTRONICOS
Cable de alimentacion electrica,Toma corriente y bateria de respaldo,Tarjetas de control,Sensores y sistemas,Corriente de fuga,
VERIFICACION DE PARAMETROS
Ajustes y activacion de alarmas,Verificacion de lavados/desinfeccion,Calibracion de conductividad,Calibracion de temperatura,Exactitud de UF/Pres. Ven/Pres. Art.,

SISTEMA HIDRAULICO
Limpieza e integridad,PR1,BLD,PG,Valvulas de control,
VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO
Bomba de sangre,Bomba de heparina,Touch screen/teclado de pantalla,Lampara indicadora de estado,Simulacion de tratamiento,
SISTEMA DE APOYO / OPCIONES
BPM,Documentacion de soporte,Verificacion de uso/operador,

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones					
Se realiza mantenimiento preventivo y se deja limpia la maquina. Equipo operativo.					
Nombre de tecnico.		EDISON USHIA'A		Firma / Sello	
Nombre Recibe		Daniela Vallejo		Firma / Sello.	
Hora de Inicio	17:30	Hora de finalizacion	20:00	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-10-02
Equipo apto para uso con paciente?				SI	