

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	HOSPITAL HOMERO CASTANIER		
Responsable	DR. MAX ILLESCAS	Cargo	LIDER DE SERVICIO DE HEMODIALISIS
Nombre de hospital	HOSPITAL HOMERO CASTANIER	Telefono	0992335022
Direccion fisica de instalacion	ANDRES F. CORDOVA Y LUIS M. GONZALEZ		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	LUPITA PASTOR

Identificacion del Equipo

Modelo	S 55 PLUS	Nro. Serie	15CX2875
Breve descripcion del incidente o reporte			
POR FAVOR REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO			
Fecha de instalacion	2011-05-05	Fecha del problema	2017-07-31
Horas de uso	4019	Version SW	4.43
		Codigo/error	N/A
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	SI	Reportado Por	DR. MAX ILLESCAS
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-05-10	Reporte Tecnico No.	20170731221347_1638569625
Frecuencia de la desinfeccion	DIARIA		
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,Filtro de endotoxinas,Red de computo/LAN,Documentacion de soporte,Verificacion de uso/operador,

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones					
MAQUINA QUEDA FUNCIONANDO CORRECTAMENTE					
Nombre de tecnico.		JUAN CARLOS CALVA		Firma / Sello	
Nombre Recibe		LCDA. BLANCA TELELEMA		Firma / Sello.	
Hora de Inicio	7:00	Hora de finalizacion	13:00	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-08-01
Equipo apto para uso con paciente?				SI	