

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	NEFROMEDIC		
Responsable	Monica Chaluisa	Cargo	Gerente
Nombre de hospital	NEFROMEDIC	Telefono	3021575
Direccion fisica de instalacion	Quito sur		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	Gerardo cordova

Identificacion del Equipo

Modelo	TIPO II	Nro. Serie	13W3635
Breve descripcion del incidente o reporte			
Mantenimiento preventivo			
Fecha de instalacion	2015-07-15	Fecha del problema	2017-08-31
Horas de uso	9622	Version SW	441S/07
		Codigo/error	00000
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	SI	Reportado Por	JUAN GUACOLLANTES AGUILAR
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-05-16	Reporte Tecnico No.	20170831120402_1071344063
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,Filtro de endotoxinas,Red de computo/LAN,Documentacion de soporte,Verificacion de uso/operador,

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones					
Se realiza calibracion y se hace pruebas de funcionamiento					
Nombre de tecnico.		JUAN GUACOLLANTES AGUILAR		Firma / Sello	
Nombre Recibe		Luis Arrellano		Firma / Sello.	
Hora de Inicio	15:30	Hora de finalizacion	18:00	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-08-31
Equipo apto para uso con paciente?				SI	