

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	HEMODIALVYR		
Responsable	Esperanza Velazco	Cargo	Gerente
Nombre de hospital	HEMODIALVYR	Telefono	33456212
Direccion fisica de instalacion	San Rafael		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	Gerardo Cordova

Identificacion del Equipo


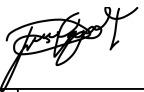
Modelo	S 55 PLUS	Nro. Serie	13CX0019
Breve descripcion del incidente o reporte			
Por favor realizar mantenimiento preventivo y limpieza de tarjetas electrónicas.			
Fecha de instalacion	2014-03-04	Fecha del problema	2014-07-05
Horas de uso	2934	Version SW	2.5
		Codigo/error	0000
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	SI	Reportado Por	ESPERANZA VELASCO
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-04-03	Reporte Tecnico No.	20170705234022_1813809010
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 mantenimiento preventivo.					
Nombre de tecnico.		JUAN GUACOLLANTES AGUILAR		Firma / Sello	
Nombre Recibe		Juan Carcuango		Firma / Sello.	
Hora de Inicio	22:00	Hora de finalizacion	00:30	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-07-19
Equipo apto para uso con paciente?				SI	