

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 | 14W4116 |
| Breve descripcion del incidente o reporte | | | |
| Mantenimiento preventivo | | | |
| Fecha de instalacion | 2015-06-16 | Fecha del problema | 2017-08-31 |
| Horas de uso | 8289 | 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. | 20170831120331_610888230 |
| 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 | |