

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 ISIDRO AYORA		
Responsable	LCDA JANINA ABAD	Cargo	JEFA DE ENFERMERAS
Nombre de hospital	HOSPITAL ISIDRO AYORA	Telefono	0994930653
Direccion fisica de instalacion	LAURO GUERRERO Y JJ SAMANIEGO		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	LUPITA PASTOR

Identificacion del Equipo

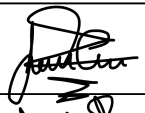
Modelo	S55 PLUS	Nro. Serie	15CX2294
Breve descripcion del incidente o reporte			
Por Favor Realizar mantenimiento preventivo			
Fecha de instalacion	2017-04-10	Fecha del problema	2017-07-26
Horas de uso	1133	Version SW	4.43
		Codigo/error	N/A
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	SI	Reportado Por	LCDA. JANINA ABAD
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-04-10	Reporte Tecnico No.	20170727112848_876855197
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,Documentacion de soporte,Verificacion de uso/operador,

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones					
MAQUINA QUEDA OPERATIVA AL 100% Y FUNCIONANDO CORRECTAMENTE					
Nombre de tecnico.		JUAN CARLOS CALVA		Firma / Sello	
Nombre Recibe		LCDA. JANINA ABAD		Firma / Sello.	
Hora de Inicio	7:00	Hora de finalizacion	12:00	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-07-27
Equipo apto para uso con paciente?				SI	