

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	NEFROLOGY		
Responsable	Viky Borja	Cargo	Enfermera
Nombre de hospital	NEFROLOGY	Telefono	022222136
Direccion fisica de instalacion	Antonio de Ulloa y Mariana de Jesus		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	Gerardo CÃ³rdova

Identificacion del Equipo



Modelo	S 55 PLUS	Nro. Serie	15CX2883
Breve descripcion del incidente o reporte			
Por favor realizar mantenimiento preventivo.			
Fecha de instalacion	2016-04-28	Fecha del problema	2017-09-19
Horas de uso	4515	Version SW	4.101
		Codigo/error	00000
Turnos Por Dia	1-2	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	SI	Reportado Por	JUAN GUACOLLANTES AGUILAR
Maquina Tipo	POSITIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-09-19	Reporte Tecnico No.	20171006084259_472598092
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,Documentacion de soporte,Verificacion de uso/operador,

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones					
Se realiza limpieza de sensores, mangueras, filtros de aire, tapas y bombas. Adicional se realiza calibraci3n de concentrados y desinfectantes.					
Nombre de tecnico.		EDISON USHIA'A		Firma / Sello	
Nombre Recibe		Viky Borja		Firma / Sello.	
Hora de Inicio	18:30	Hora de finalizacion	21:30	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-10-06
Equipo apto para uso con paciente?				SI	