

**PAUTA MANTENCIÓN MAQUINA DE ANESTESIA**

MARCA : \_\_\_\_\_  
 MODELO : \_\_\_\_\_  
 S/N : \_\_\_\_\_  
 N/INVENTARIO : \_\_\_\_\_  
 UBICACIÓN : \_\_\_\_\_

FECHA 

--	--	--

1. Chequeo Visual		OK	NO	N/A
1.1.	Carcasa Frontal y Trasera			
1.2.	Estado de Software			
1.3.	Panel frontal			
1.4.	Batería de respaldo			

2. Sistema de Alta Presión		OK	NO	N/A
1.1.	Chequeo de yugo de O2, N2O, Aire			
1.2.	Revisión o reemplazo de empaquetadura de yugo			
1.3.	Verificación de entrada de presión			
1.4.	Revisión y calibración de válvulas de flujometro de O2, N2O, Aire			

3. Sistema de baja presión		OK	NO	N/A
3.1.	Revisión y calibración de válvula de flujómetro de N2O			
3.2.	Revisión y calibración de válvula de flujometro de O2			
3.3.	Revisión y calibración de válvula de flujometro de Aire			
3.4.	Chequeo de fugas			
3.5.	Verificación de flujos			
3.6.	Verificación de regulador de 2da (segunda) etapa			
3.7.	Revisión de sistema de corte N2O/Aire por falta de O2			
3.8.	Revisión de sistema proporción de O2/N2O			
3.9.	Revisión de manifold de vaporizadores			

4. Sistema absorbedor		OK	NO	N/A
4.1.	Revisión o reemplazo de empaquetadura de canister			
4.2.	Revisión de válvula APL			
4.3.	Verificación de manómetro de presión de vía aérea (ajuste a cero)			
4.4.	Revisión de válvula inhalatoria			
4.5.	Revisión de válvula exhalatoria			
4.6.	Chequeo de fugas			
4.7.	Hermeticidad			

5. Ventilador mecánico		OK	NO	N/A
Verifique que el equipo muestra en pantalla los siguientes parámetros:				
5.1.	Porcentaje de oxígeno			
5.2.	Volumen corriente y volumen minuto			
5.3.	Presión de vía aérea			
5.4.	Frecuencia respiratoria			
5.5.	Modo ventilatorio			
5.6.	Alarmas			

Verifique que el equipo realiza las siguientes acciones:  
 5.7. Calibración de celda de oxígeno a 21% y al 100%  
 5.8. Calibración de sensores de flujo

OK	NO	N/A

6. Seguridad eléctrica		OK	NO	N/A
6.1.	Corriente de fuga			
6.2.	Tierra de protección			
6.3.	Aislación			

7. Instrumentos de análisis	
EQUIPO : _____	EQUIPO : _____
MARCA : _____	MARCA : _____
MODELO : _____	MODELO : _____
NUMERO SERIE : _____	NUMERO SERIE : _____

Observaciones

**EQUIPO OPERATIVO** SI ☐ NO ☐

**NOMBRE TÉCNICO/INGENIERO :** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_

**EMPRESA RESPONSABLE :** \_\_\_\_\_

Observaciones (uso interno)

RECEPCIÓN CONFORME PERSONAL INGENIERÍA CLÍNICA

RECEPCIÓN CONFORME PERSONAL CLÍNICO