ÁREA BIOMÉDICA
LEVANTAMIENTO PERIODICO DE EQUIPO

Folio	
Fecha	/ /
Hora	

DEPARTAMENTO.

Departamento: **LABORATORIO DE MUESTRAS**

Teléfono y Extensión:_____

Persona Responsable del uso:_____

Tipo de equipo: **CENTRIFUGA** marca: **LWSCIENTIFIC** modelo: **ULTRA 8V**

No de serie**: V127743** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Perillas o botones funcionando correctamente			
Manejo de ciclos correcto			
Indicadores funcionando correctamente			
Timer funcionado correctamente			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones_____

_____

Tipo de equipo: **MICROSCOPIO OPTICO** marca: **NA** modelo: **NA**

No de serie: **OO1726** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Fuente de luz funcionando correctamente			
Enfoque de objetivos correcto			
Revolver funcionando correctamente			
Lentes en buen estado			
Objetivos en buen estado			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones_____

_____

ÁREA BIOMÉDICA

LEVANTAMIENTO PERIODICO DE EQUIPO

Tipo de equipo: **ANALIZADOR HEMATOLOGICO AUTOMATICO** marca: **SYSMEX** modelo: **KX-21N**
No de serie: **B410710/2007** No de inventario:
Persona responsable del uso: _____

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores de pantalla correctos			
Botones en buen estado y realizando funciones adecuadas			
Filtros en buen estado			
Nivel de sustancias químicas adecuadas			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____

Tipo de equipo: **MODULO CENTRAL DE QUIMICA SANGUINEA** marca: **KODAK** modelo: **VITROS DT60II**
No de serie: **60020043** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores de pantalla correctos			
Botones en buen estado y realizando funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Lubricación de sistemas mecánicos adecuada			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____

Tipo de equipo: **MODULO DE ENZIMAS CARDIACAS** marca: **KODAK** modelo: **DTSCII**
No de serie: **62015842** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores de pantalla correctos			
Botones en buen estado y realizando funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Lubricación de sistemas mecánicos adecuada			

Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____

Tipo de equipo: **MODULO DE ELECTROLITOS SERICOS** marca: **KODAK** modelo: **DTEII**
No de serie: **61008534** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores de pantalla correctos			
Botones en buen estado y realizando funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Lubricación de sistemas mecánicos adecuada			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____
_____

Tipo de equipo: **REFRIGERADOR CONJELADOR** marca: **WHIRLPOOL** modelo: **WT90135**
No de serie: **W10637300B** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores de temperatura correctos			
Perilla o botones de temperatura realizan funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Proceso de enfriamiento funcionando adecuadamente			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____
_____
_____

Tipo de equipo: **REFRIGERADOR PARA SANGRE** marca: **FRIGIDARE** modelo: **FRIGIDARE**
No de serie: **S89-43258501** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			

Encendido y Apagado correcto			
Indicadores de temperatura correctos			
Perilla o botones de temperatura realizan funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Proceso de enfriamiento funcionando adecuadamente			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____

Tipo de equipo: **LECTOR DE TIRAS REACTIVAS** marca: **ROCHE** modelo: **REFLOTRON PLUS**
No de serie: **5081344** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores de pantalla correctos			
Botones en buen estado y realizando funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Lubricación de sistemas mecánicos adecuada			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____

Tipo de equipo: **COAGULOMETRO** marca: **LINCON** modelo: **CATRON M1**
No de serie: **M1-11216** No de inventario: **CEMA/LABC/NOV15/EQP012/M1-11216**

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores en pantalla funcionando correctamente			
Los botones realizan funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____

Tipo de equipo: **COAGULOMETRO** marca: **LINCON** modelo: **CATRON M1**
No de serie: **M1-11216** No de inventario: **CEMA/LABC/NOV15/EQP012/M1-11216**

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores en pantalla funcionando correctamente			
Los botones realizan funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____

Tipo de equipo: **CONTADOR DE CELULAS** marca: **KIT-LAB** modelo: **DC22**
No de serie: **992** No de inventario: **CEMA/LABC/NOV15/EQP013/992**

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores en pantalla funcionando correctamente			
Los botones realizan funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____
_____

Tipo de equipo: **BAÑO MARIA** marca: **CIVEQ** modelo: **KW-1000DC**
No de serie: **WJ-HH20327** No de inventario: **CEMA/LABC/NOV15/EQP014/WJ-HH20327**

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores en pantalla funcionando correctamente			
Los botones o perillas realizan funciones adecuadas			
Sistemas mecánicos en buen estado			
Alcance de la temperatura correcta			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones_____

ÁREA BIOMÉDICA

LEVANTAMIENTO PERIODICO DE EQUIPO

Tipo de equipo: **LAMPARA DE PARED** marca: **KLSMARTIN** modelo: **ML201**

No de serie: **S/N** No de inventario: **CEMA/LABC/NOV15/EQP015/SN**

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Encendido completo de los focos de iluminación			
Manejo de intensidades correcto			
Sistema de ruedas funcionando correctamente			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones_____

_____	_____
BIOMEDICO CEMA	RESPONSABLE DE AREA