

FOLIO	MAQ	XXXX
FECHA:	/	/
HORA:	:	

UBICACION			
Modelo		Marca	N/S
Procedimientos		Resultados	Procedimiento
Equipo Operativo		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Funcionamiento del flush O2
IBS limpio y en buen estado		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presenta daño en superficie
Canister limpio y en buen edo		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Requiere mantenimiento correctivo
Test del sistema realizado por la propia maquina			
Alimentación de Gas*		Autotest*	
Conexión de alimentación kPax100*		Altavoz*	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> R <input type="radio"/> B
Aire *	5.5	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> R <input type="radio"/> B	Batería*
O2*	5.0	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> R <input type="radio"/> B	Monitorización de gases*
Medida de flujo		Ventilador	
Calibración de flujo*	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> R <input type="radio"/> B	Chequeo mezcla de gas fresco*	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> R <input type="radio"/> B
		Chequeo mezcla de gas motriz*	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> R <input type="radio"/> B
Sistema circular			
Compliance ml/cmH2O*		Tubuladuras*	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> R <input type="radio"/> B
Fuga mL/min*		Sistema completo*	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> R <input type="radio"/> B
Observaciones			
Nombre y Firma Biomédica		Nombre y Firma Responsable	

* De acuerdo al manual del fabricante donde M=Malo (Rojo), R=Regular (Amarillo) y B=Bueno (Verde)