RUTINA DE VAPORIZADOR

FOLIO	VAP XXXX
FECHA:	/ /
HORA:	:

UBICACION					
Modelo		Marca		N/S	

Procedimientos	Resultados	Procedimiento	Resultados
Equipo Operativo	◯Si ◯No	Funciona Seguro helicoidal	◯Si ◯No
Funciona varilla de bloqueo interlock	◯Si ◯No	Presenta daño en superficie	◯Si ◯No
Funciona palanca de bloqueo	◯Si ◯No	Requiere mantenimiento correctivo	◯Si ◯No

Revisión (flujo O2 fresco 3 L/min, sin presión de ventilación, sin fluctuaciones en la presión y sin contrapresión)

Verificación ascendente		**Verificación descendente**		**Valor de referencia ****	
%V/V selección dial	%V/V Medido	%V/V selección dial	%V/V Medido	*%V/V Referencia*	
0.6		0.6		*0.6*	*0.4 a 0.7*
1		1		*1*	*0.8 a 1.2*
2		2		*2*	*1.6 a 2.4*
3		3		*3*	*2.4 a 3.6*
4		4		*4*	*3.2 a 4.8*
5		5		*5*	*4.0 a 6.0*
6*		6*		*6*	*4.8 a 7.2*
7*		7*		*7*	*5.6 a 8.4*
8*		8*		*8*	*6.4 a 9.6*
Observaciones					

UBICACION					
Modelo		Marca		N/S	

Procedimientos	Resultados	Procedimiento	Resultados
Equipo Operativo	◯Si ◯No	Funciona Seguro helicoidal	◯Si ◯No
Funciona varilla de bloqueo interlock	◯Si ◯No	Presenta daño en superficie	◯Si ◯No
Funciona palanca de bloqueo	◯Si ◯No	Requiere mantenimiento correctivo	◯Si ◯No

Revisión (flujo O2 fresco 3 L/min, sin presión de ventilación, sin fluctuaciones en la presión y sin contrapresión)

Verificación ascendente		**Verificación descendente**		**Valor de referencia ****	
%V/V selección dial	%V/V Medido	%V/V selección dial	%V/V Medido	*%V/V Referencia*	
0.6		0.6		*0.6*	*0.4 a 0.7*
1		1		*1*	*0.8 a 1.2*
2		2		*2*	*1.6 a 2.4*
3		3		*3*	*2.4 a 3.6*
4		4		*4*	*3.2 a 4.8*
5		5		*5*	*4.0 a 6.0*
6*		6*		*6*	*4.8 a 7.2*
7*		7*		*7*	*5.6 a 8.4*
8*		8*		*8*	*6.4 a 9.6*
Observaciones					

Nombre y Firma Biomédica	Nombre y Firma Responsable

El vaporizador de isoflurane no aplica en estas mediciones** * De acuerdo al manual del fabricante**