

Protocolo Mantenimiento Preventivo Cama AVE 2



Número de Serie:		Número de Modelo:	
Cliente:		Unidad:	

Operación	Verificación visual ✓	Prueba de función ✓	Detección de fallas	
			SÍ	NO
Soldaduras	☐	N/A	☐	☐
Tensión de las fijaciones	☐	☐	☐	☐
Columna	☐	☐	☐	☐
Función del sistema de frenado de la cama	☐	☐	☐	☐
Rotación de ruedas	☐	☐	☐	☐
Portador de Soporte de infusión	☐	☐	☐	☐
Luz nocturna	☐	☐	☐	☐
Cableado eléctrico	☐	N/A	☐	☐
Cable de alimentación principal	☐	☐	☐	☐
Control visual general de las partes de la superficie del paciente	☐	N/A	☐	☐
Tapicería	☐	N/A	☐	☐
Sección de pies	☐	☐	☐	☐
Interruptor de seguridad	☐	☐	☐	☐
Mecanismo descanso de piernas	☐	☐	☐	☐
Bandeja descanso de piernas	☐	☐	☐	☐
Rieles laterales	☐	☐	☐	☐
Reposado cabeza	☐	☐	☐	☐
Accesorios	☐	☐	☐	☐
Cableado eléctrico	☐	N/A	☐	☐
Fijaciones en la superficie del paciente	☐	☐	☐	☐
Partes móviles	☐	☐	☐	☐
Funciones de todos los controles	☐	☐	☐	☐
Funciones de todos los actuadores	☐	☐	☐	☐
Desbloqueo mecánico de RCP respaldo	☐	☐	☐	☐
Batería	☐	☐	☐	☐

Prueba Eléctrica (medida según las normas del país)

	Medido	Permitido	Unidad
Corriente de fuga de tierra	condición normal	0,50	mA
	fallo único	1,00	mA
Prueba de aislamiento		>2.000	MΩ
Prueba de unión a la tierra		0,3	Ω

Número(s) de repuestos reemplazados/acción realizada en la cama:

Resultados: La cama pasó la inspección de servicio y se puede volver a utilizar:

☐ ☐ Sí

☐ ☐ Necesita ser reparado

☐ ☐ NO

DESCRIPCION/OBSERVACIONES

TECNICO RESPONSABLE

REFERENTE CLINICO

RESPONSABLE EQUIPOS MEDICOS

NOMBRE : _____
FECHA : _____
FIRMA : _____

NOMBRE : _____
CARGO : _____
FIRMA : _____

NOMBRE : _____
CARGO : _____
FIRMA : _____