

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA LÁSER MÉDICO Y QUIRÚRGICO CYBER HO 100

Surgical and Medical Laser CYBER HO 100, Quanta System
Cencomex S.A
Central de Compras del Extrasistema S.A

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	
NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	CYH 0051-0122
ENCARGADO DEL PROCEDIMIENTO	Ricardo Bravo
FECHA DE INICIO	24 - Marzo - 2023
LUGAR A REALIZARSE	Hospital Sótero del Río
SOLICITADO POR	Cencomex

I. IMPLEMENTOS A NECESITAR PREVIO AL INICIO DEL MANTENIMIENTO

<input type="checkbox"/> Guantes de Nitrilo*	<input type="checkbox"/> Medidor de potencia Gentec
<input type="checkbox"/> Agua Bidestilada 5 [litros]	<input type="checkbox"/> Receptor de Rayos Gentec
<input type="checkbox"/> Botella de llenado de agua bidestilada	<input type="checkbox"/> Llaves Allen [milimétricas]
<input type="checkbox"/> Manguera para la salida del aire sin conector	<input type="checkbox"/> Alcohol Isopropílico***
<input type="checkbox"/> Manguera para la salida del agua con conector	<input type="checkbox"/> Paño de Microfibra***
<input type="checkbox"/> Lentes de protección para láser	<input type="checkbox"/> Sistema de Alimentación Ininterrumpida 10 [kVA]
<input type="checkbox"/> Fibra Óptica Quirúrgica**	<input type="checkbox"/> Blast Shield
<input type="checkbox"/> Identificador de tráfico de fibra óptica	

[*] Opcionales. Si bien los apartados con [*] han de ser opcionales, es recomendable contabilizarlos debido a que permiten de manera más apropiada la manipulación del equipo ante posibles fallas a detectar en la presente revisión.

[**] Consultar por las fibras de prueba disponibles al momento de realizar la revisión con cupo disponible de usos para el disparo láser.

[***] Implementos a utilizar exclusivamente en las instalaciones de Cencomex S.A.

II. REVISIÓN DE LA ESTRUCTURA FÍSICA DEL EQUIPO

	CRITERIO	SI	NO	COMENTARIOS
II.1	¿El equipo láser a evaluar posee su estructura física en óptimas condiciones de apariencia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II.2	¿Existe un Sistema de Alimentación Ininterrumpida adecuado para el funcionamiento del equipo láser?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II.3	¿El Blast Shield del equipo se encuentra en óptimas condiciones de funcionamiento?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II.4	¿La pieza correspondiente al 'Interlock' del circuito se encuentra ubicada en su posición y en óptimas condiciones de apariencia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II.5	¿Las llaves que permiten el encendido y apagado del equipo se encuentran conectadas y en posición de apagado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II.6	¿El equipo posee el pedal de disparos junto con su conector macho en óptimas condiciones?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

III. DRENAJE DEL AGUA

	CRITERIO	SI	NO	COMENTARIOS
III.1	¿El drenaje de agua se realizó correctamente, vaciándose por completo el estanque?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IV. LLENADO DE AGUA

	CRITERIO	SI	NO	COMENTARIOS
IV.1	¿El nivel de agua ha llegado a su nivel máximo luego de generarse el rebalse al momento del rellenado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V. IMPLEMENTOS A NECESITAR PREVIO AL ENCENDIDO DEL EQUIPO

	CRITERIO	SI	NO	COMENTARIOS
V.1	¿La fibra óptica se encuentra en óptimas condiciones de disparo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
V.2	¿La fibra óptica está conectada al equipo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VI. ENCENDIDO Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

	CRITERIO	SI	NO	COMENTARIOS
VI.1	¿Existen mensajes de error en la pantalla de la interfaz principal del equipo láser?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
VI.2	¿El nivel de agua [H2O] del dispositivo se encuentra al 100% de su capacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. CALIBRACIÓN Y DISPARO DEL LÁSER

	CRITERIO	SI	NO	COMENTARIOS
VII.1	¿Se cumplieron los parámetros de tolerancia establecidos para los valores entregados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VII.2	¿Funciona correctamente el disparo láser al pulsar ambos pedales por separado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VII.3	¿El Blast Shield del equipo se encuentra en óptimas condiciones de funcionamiento?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VIII. INFORMACIÓN DE MANTENIMIENTO

	CRITERIO	SI	NO	COMENTARIOS
VIII.1	¿Se ha registrado la información en el equipo láser respecto a la próxima fecha de mantenimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES

→ Lista de comentarios desarrollados durante la revisión	
1.	Funcionaria de Pabellón indica que cuando se enciende el Equipo Láser, disminuye la potencia del Aire Acondicionado del Pabellón.
2.	
3.	
4.	Se sugiere que Personal de Mantención del Hospital realice una revisión de la Red Eléctrica del Pabellón de Urología.
5.	
6.	
7.	



7.	_____
8.	_____
9.	_____
10.	_____

NOMBRE	Ricardo Bravo
CARGO	Técnico Electrónico
FIRMA	