

RELATÓRIO DE MANUTENÇÃO PERIÓDICA DE SISTEMA DE GASES MEDICINAIS

NOME DA UNIDADE:

DATA:

RESPONSÁVEL PELA VERIFICAÇÃO:

TIPO DE MANUTENÇÃO:

() Visita técnica () Manutenção preventiva () Manutenção corretiva

LEGENDA: “C” – Conforme | “NC” – Não conforme

ITEM A SER VERIFICADO	C	NC	OBSERVAÇÕES
SISTEMA DE GERAÇÃO DE OXIGÊNIO MEDICINAL			
Sistema integrado automático para backup			
Gerador de oxigênio (modelo): _____			
Filtros de partículas			
Sistema de pressurização			
Armazenamento, redes e pontos de distribuição			
Fluxômetros, umidificadores e reguladores de postos			
Sistema de desligamento do gerador por baixa pressão			
Central de cilindros: _____			
Pressão dos cilindros: ES. _____ DI. _____ RES _____			
Pressão do oxigênio no reservatório: _____			
Medidor de consumo: _____			
SISTEMA GERADOR DE AR COMPRIMIDO MEDICINAL			
Compressor			
Marca do compressor: _____ Modelo: _____			
Horímetro: _____ Manutenção de horas: _____			
Comando elétrico			
Secador por refrigeração			
Secador por adsorção			
Sistema de filtros			
Sistema de purgadores			

Armazenamento, rede e pontos de distribuição			
Fluxômetros, umidificadores e reguladores de postos			
Central de cilindros: _____:_____:			
Pressão dos cilindros: ES _____ DI _____ RES _____			
Pressão do ar medicinal no reservatório: _____			
Medidor de consumo			

SISTEMA ELÉTRICO DOS QUADROS E MAQUINÁRIOS			
Estado dos cabos elétricos			
Reaperto dos parafusos			
Funcionamento das contadoras			
Teste do relé de sobrecarga			

SISTEMA DE GERAÇÃO DE VÁCUO MEDICINAL			
Bomba de vácuo: Marca da bomba de vácuo: _____ Modelo: _____ Horímetro: _____ Manutenção de horas: _____			
Comando elétricos			
Filtros bacteriológicos			
Armazenamento, rede e pontos de distribuição			
Aspiradores			
Pressão do vácuo medicinal no reservatório: _____			

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TÉCNICO

ASSINATURA RESPONSÁVEL DA UNIDADE

