**成都市第五人民医院**

**中心氧站设备维保服务内容**

一、每月对我院中心氧站设备统一进行巡检，巡检中出现的微小问题做到及时处理，具体巡检内容见附件《巡检维护记录》。若因配件不足而做到无法处理，及时报告医院相关部门，在备件齐备后处理。每月将《巡检维护记录》以及产生的《设备故障修理单》（见附件）由医院签字确认，并整理存档。

二、每月在《巡检维护记录》表中列明所需配件清单，并提交给医院。

三、巡检中，若发现设备有重大的质量隐患立即以书面形式报告医院，并迅速针对故障提出解决方案，恢复设备正常使用，消除隐患，并做好记录。

四、每季度进行一次终端氧浓度测试，并生成测试结果交由医院液氧站值班人员或后保部保存。

五、每半年进行一次压力表检查校验，并生成记录交由医院签字确认。

六、每年进行一次液氧贮槽的真空度检测，若检测不合格则进行抽真空处理，并生成记录交给医院。

七、每年进行一次安全阀校验，并生成记录交由医院签字确认，并整理存档。

八、每两年进行一次爆破片更换，生成记录交由医院签字确认，并整理存档。

九、每年组织对系统操作人员及应急维修人员培训两次。

十、若巡检中发现管道存在泄漏，启动应急抢修程序，制定抢修计划，及时找到漏点并进行处理，保证医院的供氧正常。并生成《应急处理单》（见附件）交于医院签字确认，并整理存档。

十一、应急备勤及处置：维保人员在接到医院维修电话后15分钟内做出维修反应，在4个小时内赶到故障现场处理。并同时上报上级启动应急抢修程序，制定抢修计划，及时处理故障。处理完成后，生成《应急处理单》交于医院签字确认，并整理存档。

十二、3年维保期内按医院要求出具一份西区液氧站安全现状评价报告，所有费用由中标供应商负责支付。中标供应商按照特检所规定对液氧罐进行定检并承担费用，办理定检所需罐体资料由产权方医院提供。

十三、重大事件之前，应配合医院对设备进行常规检查（如春节和国庆节等事件，以检测报告为准）。

十四、每年组织1-2次使用人员技术培训。配合医院的设备管理工作。

十五、每年维保期满后把维保服务内容成册交设备使用科室和管理部门存档。

附件1：

**集中供气站巡检维护记录**

**产权单位： 成都市第五人民医院 负责人：**

**使用单位： 成都市第五人民医院 负责人：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 巡  检  维  护  记  录 | 主  要  设  备 | 贮槽 | 规格型号  m3/MPa/介质 | 设备编号 | 真空度 | | 外观 | 下次检验日期 | | | 备注 |
|  |  |  |  | |  |  | | |  |
|  |  |  |  | |  |  | | |  |
|  |  |  |  | |  |  | | |  |
|  |  |  |  | |  |  | | |  |
| 平衡罐 | 规格型号  m3/MPa/介质 | 设备编号 | 真空度 | | 外观 | 下次检验日期 | | | 备注 |
|  |  | / | |  |  | | |  |
|  |  | / | |  |  | | |  |
| 汽化器 | 规格型号  m3/MPa/介质 | 设备编号 | 积霜情况 | | 外观 | 备注 | | | |
|  |  |  | |  |  | | | |
|  |  |  | |  |  | | | |
| 调压装置 | 规格型号 | 设备编号 | 调压阀状况 | | | 管道状况 | | 备注 | |
|  |  |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |
| 安  全  附  件 | 安全阀 | 规格型号 | 整定压力 | 下次检验日期 | 备注 | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
| 压 表 | 规格型号 | 量程 | 径向/轴向 | 下次检验日期 | | | 备注 | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
| 备品备件清单及其它： | | | | | | | | | | | |
| 情况说明： | | | | | | | | | | | |

**产权单位负责人（签字）： 巡检人员 （签字）：**

**联 系 电 话： 联 系 电 话：**

**邮 箱 地 址： 巡 检 时 间：**

附件2：

**设备故障修理单**

单位名称：成都市第五人民医院

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 故障现象： | | | | | | |
| 原因分析： | | | | | | |
| 处理情况： | | | | | | |
| 更换零件明细 | 序号 | 名称 | 型号 | | 数量 | 金额（元） |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| 其它： | | | | | | |
| 维修单位：  维修人员：  日期： | | | | 院方：成都市第五人民医院  人员：  日期： | | |

附件3：

**应急处理单**

单位名称：成都市第五人民医院

|  |  |
| --- | --- |
| 接电时间： 年 月 日 到达现场时间： 年 月 日 | |
| 故障现象： | |
| 原因分析： | |
| 处理情况： | |
| 其它： | |
| 维修单位：  应急人员：  日期： | 院方：成都市第五人民医院  人员：  日期： |