

DATOS DEL CLIENTE

CLIENTE: Hospital Universitario Hernando Moncaleano

CONTACTO: _____

TELÉFONO: _____

CIUDAD: Neiva

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

EQUIPO: Ventilador de paciente
Modelo Vela

MARCA: Vyaire / Carefusion

S/N: CAT05692

PLACA: _____

SERVICIO CLIENTE

GENERAL

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Ninguno. Visita de mantenimiento preventivo

TRABAJOS REALIZADOS:

-Verificación en general del equipo por estado y funcionamiento.

-Se realizan pruebas UVT: Fugas, luces, tono de alarma, calibración de celda de oxígeno al 21% y al 100 % verificación de altitud: OK.

-Se realiza verificación de los siguientes parámetros: Vti, vte, vm, PeeP, PIP frecuencia respiratoria, I:E, TI, Concentraciones de oxígeno: Valores dentro del rango .

-Verificación del funcionamiento de: alarmas, pantalla sensible al tacto, nebulizador, mezclador : ok

-Prueba de batería: Exitosa.

-Se realizan pruebas de desempeño por una hora : Equipo funciona correctamente.

REPUESTO Y/O SERVICIO

No. Parte	Serie/Lote	Descripción	Cant.
Mano de Obra: Horas			

OBSERVACIONES: Se entrega el equipo funcionando correctamente de acuerdo a las especificaciones del fabricante.

Ajuste del selector. Se anexa protocolo de mantenimiento preventivo.

[Firma] Ing. Biomedico

RECIBIDO A SATISFACCIÓN CLIENTE		DURACIÓN DEL TRABAJO		INSTRUMENTACIÓN S.A.	
Firma:	<i>[Firma]</i>	H. Llegada:	8:00 am	Firma:	<i>[Firma]</i>
Nombre:	CLAUDIA MORALES			Nombre:	YENNY BARRERA
Cargo:	TERAPEUTA RESP.	H. Salida:	10:00 am	Cargo:	Soporte Técnico
Cédula:	55166470	Fecha:	10-02-20.		

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CAT05692

Activo: IVA

Institución/Ubicación: Hospital Universitario Herando Moncaleano

Servicio: UCI / ADULTO

Fecha: 10 / 02 / 2021

HTV: 1409

HTT: 1409

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

No.	ACTIVIDAD	CUMPLE			No.	ACTIVIDAD	CUMPLE		
		SI	NO	N/A			SI	NO	N/A
1.	Verificación de estado general	✓			11.	Alarma Frecuencia Alta	✓		
2.	Prueba de fugas	✓			12.	Alarma Vm Bajo	✓		
3.	Prueba de luces	✓			13.	Alarma Pmax Baja	✓		
4.	Prueba de membranas	✓			14.	Alarma Pmax Alta	✓		
5.	Prueba de alarmas	✓			15.	Alarma Apnea	✓		
6.	Calibración celda de O ₂ (21%-100%)	✓			16.	Cambio Kit Mantenimiento Anual			✓
7.	Funcionamiento de Nebulizador	✓			17.	Cambio de Batería			✓
8.	Funcionamiento de pantalla táctil	✓			18.	Cambio de filtro de refrigeración			✓
9.	Prueba de batería	✓			19.	Cambio de Celda de O ₂			✓
10.	Limpieza filtro de refrigeración	✓			20.	Otros			✓

VERIFICACION DE PARAMETROS

No.	PARAMETRO	VALOR DE REFERENCIA	RANGO DE TOLERANCIA	VALOR		CUMPLE	
				INICIAL	FINAL	SI	NO
1.	Vm	6 L	± 1.2L	6	6	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	500	500	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	5	5	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	23	23	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.3	1:6.3	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.68	0.68	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21	21	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	29	29	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	58	58	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	88	88	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	97	97	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

Perilla selector Ajustada.
Se entrega el equipo funcionando correctamente de acuerdo a los especificaciones del fabricante.

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma:	Clemencia	Firma:	Claudia Morales	Aprobado	✓
Nombre:	Clemencia	Nombre:	CLAUDIA MORALES	Correctivo	
Cargo:	soporte técnico	Cargo:	TERAPEUTA RESPIRATORIA	Fuera de Servicio	
Fecha:	10/02/2021	Fecha:	10/02/21		

V.B. GARCIA J.F. - Ins. Biomedica