

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Hospital Nuestra Señora del	Equipo: Ventilador de Paciente
Contacto: Manos	Marca: Vela (CalmFusion)
Teléfono:	Modelo: Vela
Ciudad: Torrecampo	S/N: CATOSANO
Contrato:	Ubicación: CC
Daño fuera de Garantía:	Placa: N/A

TIPO DE SERVICIO
☐ Alistamiento ☐ Calibración ☐ Capacitación ☐ Correctivo ☐ Cortesía
☐ Demostración ☐ Diagnóstico ☐ Instalación ☐ Otro ☐ Preventivo

TIPO DE PROBLEMA
☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Producto ☐ Software ☐ Otro Cual: _____

PROBLEMA:
Ningun problema. Fue verificado por el cliente. Visita de mantenimiento preventivo.

TRABAJOS REALIZADOS
- Verificación en general del equipo por partes y funcionamiento.
- Se realizaron pruebas: OVI = Fugas, lóces, interruptores, tono y calidad célula.
- Verificación de parámetros: Vti, Te, um, PEP, PEEP, FIA, flujo, tiempo, TIT y FiO2 = OK.
- Verificación del funcionamiento de: Particula sensible al tacto, mezclador, nebulizador, batería, alarma = OK.
- Timbre, alarma. - Verificación de canal de Transmisión = OK.
- Pruebas Finales de desempeño del ventilador.

OBSERVACIONES:
Se anexa planilla de mantenimiento preventivo.
- Se entregó el equipo funcionando correctamente de acuerdo a las especificaciones del fabricante.

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: CAMILO MORENO		Nombre: Genny BARRERA
Cargo: JEFE MEDICO	H. Llegada: 11:00	Cargo: Jefe de equipo
Firma: CAMILO MORENO	H. Salida: 1:00	Firma: Genny BARRERA

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CATO 5050

Activo:

Institución/Ubicación: Hospital Nuestra Señora del T. Servicio: UCI COVID.

Fecha: 14 / 07 / 2021

HTV:

HTT:

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	5.9	6	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	490	490	✓	
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	24	24	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.3	1:6.3	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69	0.69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21	21	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30	30	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	59	59	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90	90	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99	99	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40810705018

OBSERVACIONES

Equipo OK.

ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado	
Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: CAMILO MORENO	Aprobado	✓
Nombre: <i>[Nombre]</i>	Nombre: CAMILO MORENO	Correctivo	
Cargo: <i>[Cargo]</i>	Cargo: BIOMEDICO	Fuera de Servicio	
Fecha: 14/07/2021	Fecha: 24/07/2021		