

26255

DATOS DEL CLIENTE Cliente: <u>clínica Maicao</u> Contacto: <u>Ruben Orozco</u> Teléfono: <u>3107366240</u> Ciudad: <u>Maicao</u> Contrato: _____ Daño fuera de Garantía: _____	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO Equipo: <u>Ventilador de paciente</u> Marca: <u>coretusion</u> Modelo: <u>Vela</u> S/N: <u>CATC 5059</u> Ubicación: <u>UCI</u> Placa: <u>N/A</u>
---	---

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

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

TIPO DE ELEMENTO LÍNEA COMUNICACIONES ☐ Periférico ☐ Reinstalaciones de Firmware ☐ Reinstalaciones de Software ☐ Reparación Completa ☐ Reparación Componentes ☐ Reparación Estándar ☐ Tarjeta Principal ☐ Otro: _____	LÍNEA ANALÍTICA ☐ Filtro Emisor/Exhalación ☐ Filtro de Solución Refrigerante ☐ Fuente ☐ Relevo ☐ Sonda de Bloqueo ☐ Sonda de Muestra ☐ Teclado ☐ Válvula de Una Vía ☐ Otro: _____	LÍNEA MÉDICA ☐ Amplificador ☐ Batería ☐ Cable ☐ Celda O2 ☐ Compresor ☐ Consola ☐ CPU ☐ Cto. Paciente ☐ Cubierta ☐ Electrodo ☐ Filtro ☐ Flujoómetro ☐ Fuente ☐ Impresora ☐ Indicador ☐ Instrumental ☐ Interfase ☐ Lámpara ☐ Manguera ☐ Manómetro ☐ Mezclador ☐ Módulo ☐ Motor ☐ Operativo ☐ Pantalla ☐ Pistón ☐ Potenciometro ☐ Reactivo ☐ Sensor ☐ Software ☐ Tarjeta ☐ Touchscreen ☐ Transductor ☐ Turbina ☐ Válvula ☐ Otro
--	--	---

PROBLEMA: <u>Visita de mantenimiento preventivo # 1</u>

TRABAJOS REALIZADOS <u>Inspección física y de funcionamiento, limpieza interna y externa, pruebas OVP: leds, teclas, alarmas, fugas, calibración de celda de O2, pruebas de desempeño de la batería y de parámetros ventilatorios, todas OK, cierre exitoso de mantenimiento.</u>

OBSERVACIONES: _____ _____

CLIENTE Nombre: <u>ROSA SOCARRAS H</u> Cargo: <u>FISIOTERAPEUTA</u> Firma: <u>Rosalee H.</u>	DURACIÓN DEL TRABAJO H. Llegada: <u>3:30 PM</u> H. Salida: <u>5:00 PM</u>	INSTRUMENTACIÓN S.A. Nombre: <u>Rodrigo Boyota C</u> Cargo: <u>Ing. Servicio Técnico</u> Firma: <u>[Firma]</u>
--	--	--

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CATO 5059

Activo: N/A

Institución/Ubicación: Clínica Matca

Servicio: UCI-COVID

Fecha: 15/12/20

HTV: 1040

HTT: 1040

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			X
7.	Funcionamiento de Nebulizador	/			17.	Cambio de Batería			X
8.	Funcionamiento de pantalla táctil	/			18.	Cambio de filtro de refrigeración			X
9.	Prueba de batería	/			19.	Cambio de Celda de O ₂			X
10.	Limpieza filtro de refrigeración	/			20.	Otros			X

VERIFICACION DE PARAMETROS

No.	PARAMETRO	VALOR DE REFERENCIA	RANGO DE TOLERANCIA	VALOR		CUMPLE	
				INICIAL	FINAL	SI	NO
1.	Vm	6 L	± 1.2L	5,74	5,74	/	
2.	VT	500 mL	± 10%	479	479	/	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,87	4,87	/	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	/	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	28,50	28,50	/	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,20	1:6,20	/	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69 s	0,69 s	/	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21,0	21,0	/	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,0	30,0	/	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	59,5	59,5	/	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	91,2	91,2	/	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,8	99,8	/	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030042

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado
Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: ROSA JOCARAS H	Aprobado X
Nombre: Rodolfo Bogotá G.	Nombre:	Correctivo
Cargo: Ing. servicio técnico	Cargo: FISIOTERAPEUTA	Fuera de Servicio
Fecha: 15/12/20	Fecha: 15-12-20	