

DATOS DEL CLIENTE Cliente: <u>Clinica comFamiliar</u> Contacto: _____ Teléfono: _____ Ciudad: <u>Porona</u> Contrato: _____ Daño fuera de Garantía: _____	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO Equipo: <u>Ventilador mecánico</u> Marca: <u>COREFUSION</u> Modelo: <u>Vela Comprehensive</u> S/N: <u>CAT05073</u> Ubicación: <u>UCI</u> Placa: _____
--	--

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

PROBLEMA: <u>Visita #2 de mantenimiento preventivo por garantía.</u>
--

TRABAJOS REALIZADOS <u>Inspección física y de funcionamiento, limpieza general, pruebas avp: leds, membranas, alambres, fugas, calibración celda O2, prueba de desempeño de batería, y parámetros ventilatorios, todos OK, anexo protocolo de mantenimiento.</u>
--

OBSERVACIONES: <u>equipo en correcto funcionamiento.</u>
--

CLIENTE Nombre: <u>Hitakon Orsango</u> Cargo: <u>Ing. Roncaldia</u> Firma: <u>Hitakon O.R.</u>	DURACIÓN DEL TRABAJO H. Llegada: <u>11 am</u> H. Salida: <u>12:30pm</u>	INSTRUMENTACIÓN S.A. Nombre: <u>Karen Manroy C.</u> Cargo: <u>Ing. soporte técnico</u> Firma: <u>Karen M.</u>
--	--	---

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR MECANICO

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA COMPREHENSIVE

Serie: CAT05073

Activo:

Institución/Ubicación: Clínica Comfamiliar

Servicio: UCI

Fecha: 2/6/2021

HTV: 2391

HTT: 2391

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 58,4	✓			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	5,83		✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	501		✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,58		✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12		✓	
5.	PIP	Monitoreada	30 ± 2 cmH ₂ O	29,76		✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,15		✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,7		✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21,2		✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	31,1		✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61,4		✓	
11.	O ₂	~ 90%	85% - 95%	90,9		✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100		✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado	
Firma: Karen Natalia Monroy Calixto	Firma: Retalban O. y	Aprobado	✓
Nombre: Karen Natalia Monroy Calixto	Nombre: Retalban Ocampo	Correctivo	
Cargo: Ing. Soporte técnico	Cargo: Ing. Remedios	Fuera de Servicio	
Fecha: 2/6/2021	Fecha: 02/06/2021		