

DATOS DEL CLIENTE Cliente: <u>Clinica Maicao sociedad Medica</u> Contacto: <u>Duvan OCECO</u> Teléfono: <u>312 7366740</u> Ciudad: <u>Maicao</u> Contrato: _____ Daño fuera de Garantía: _____	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO Equipo: <u>Ventilador de Paciente</u> Marca: <u>CUEFUS.cn</u> Modelo: <u>Vela</u> S/N: <u>CAT05073</u> Ubicación: <u>UCI</u> Placa: <u>N/A</u>
---	---

TIPO DE SERVICIO ☐ Alistamiento ☐ Demostración	☐ Calibración ☐ Diagnóstico	☐ Capacitación ☐ Instalación	☐ Correctivo ☐ Otro	☐ Cortesia ☒ 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 ☐ Relevo ☐ 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 ☐ Flujo metro ☐ 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, relays, alarmas, fugas, calibración de celda de O2. Pruebas de diagnóstico de la batería y de parámetros ventilatorios, todas ok. Se anexa Protocolo de mantenimiento</u>
--

OBSERVACIONES: <u>Equipo funciona correctamente</u>

CLIENTE Nombre: <u>ROBALBO BOGOTÁ</u> Cargo: <u>Ing. Servicio Técnico</u> Firma: _____	DURACIÓN DEL TRABAJO H. Llegada: <u>8:00 am</u> H. Salida: <u>10:00 am</u>	INSTRUMENTACIÓN S.A. Nombre: <u>Roberto Bogotá</u> Cargo: <u>Ing. Servicio Técnico</u> Firma: <u>[Firma]</u>
--	---	--

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CATO 5013

Activo: N/A

Institución/Ubicación: Clínica Maicao

Servicio: UCI

Fecha: 15/12/20

HTV: 281

HTT: 281

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	5.97	5.97	/	
2.	VT	500 mL	± 10%	443	443	/	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	5.08	5.08	/	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	72	72	/	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	30.7	30.7	/	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	7.623	7.623	/	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.695	0.695	/	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20.7	20.7	/	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	29.4	29.4	/	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	67.6	67.6	/	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90.6	90.6	/	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100.0	100.0	/	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40872030042

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma:	<i>[Firma]</i>	Firma:	ROSA SOCARAS H	Aprobado	X
Nombre:	RODOLFO BOGOTÁ	Nombre:		Correctivo	
Cargo:	Ing Servicio Técnico	Cargo:	FISIOTERAPEUTA	Fuera de Servicio	
Fecha:	15/12/20	Fecha:	15-12-20		