

DATOS DEL CLIENTE

Cliente: Hospital departamental conmina de Pitalito
 Contacto: _____
 Teléfono: _____
 Ciudad: Pitalito
 Contrato: _____
 Daño fuera de Garantía: _____

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

Equipo: Ventilador
 Marca: Casco 30
 Modelo: 1000 compresor de
 S/N: CA104946
 Ubicación: _____
 Placa: _____

TIPO DE SERVICIO

☐ Alistamiento ☐ Calibración ☐ Capacitación ☐ Correctivo ☐ Cortesía
☐ Demostración ☐ Diagnóstico ☐ Instalación ☐ Otro ☒ 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
☐ Relevé
☐ Sonda de Bloque
☐ Sonda de Muestra
☐ Teclado
☐ Válvula de Una Vía
☐ Otro: _____

LÍNEA MÉDICA

☐ Amplificador ☐ Electrodo ☐ Manguera ☐ Reactivo
☐ Batería ☐ Filtro ☐ Manómetro ☐ Sensor
☐ Cable ☐ Flujometro ☐ Mezclador ☐ Software
☐ Celda O2 ☐ Fuente ☐ Módulo ☐ Tarjeta
☐ Compresor ☐ Impresora ☐ Motor ☐ Touchscreen
☐ Consola ☐ Indicador ☐ Operativo ☐ Transductor
☐ CPU ☐ Instrumental ☐ Pantalla ☐ Turbina
☐ Cto. Paciente ☐ Interfase ☐ Pistón ☐ Válvula
☐ Cubierta ☐ Lámpara ☐ Potenciómetro ☐ Otro

PROBLEMA:

Unidad programada de mantenimiento preventivo

TRABAJOS REALIZADOS

Se realizó mantenimiento preventivo según procedimiento de la casa.
 Se comprobó y limpió la general.

OBSERVACIONES:

Se entregó el equipo en buen estado.

CLIENTE

Nombre: Fabian E.
 Cargo: Coord. Biomedico
 Firma: _____

DURACIÓN DEL TRABAJO

H. Llegada: 3:45 pm
 H. Salida: 4:45 pm

INSTRUMENTACIÓN S.A.

Nombre: Karen Monroy
 Cargo: Ing. Instrumentación
 Firma: _____

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA		Serie: CAT04946	Activo: 71
Institución/Ubicación: Hospital departamental san Antonio de Pitalito		Servicio: UCI	
Fecha: 13/11/21	HTV: 13	HTT: 13	

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	5,9	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	495	495	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,8	4,8	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	27	27,2	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,21	1:6,21	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69	0,69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21,3	21,3	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,7	30,7	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61,7	61,7	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	92,5	92,5	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,7	99,7	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030026

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado	
Firma: Karen J. Jarama	Firma: [Firma]	Aprobado	✓
Nombre: Karen Jarama	Nombre: [Nombre]	Correctivo	
Cargo: Ing. Soporte técnico	Cargo: Coord. Biomedico	Fuera de Servicio	
Fecha: 13/11/21	Fecha: 14/11/21		