

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clínica Viva - Hospital Niño Jesús</u>	Equipo: <u>Ventilador de Paciente</u>
Contacto: <u>Yussef Domínguez</u>	Marca: <u>Corefusion</u>
Teléfono: <u>3006693701</u>	Modelo: <u>VELA COMPREHENSIVE</u>
Ciudad: <u>Borranquilla</u>	S/N: <u>CAT04959</u>
Contrato: _____	Ubicación: _____
Daño fuera de Garantía: _____	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	LÍNEA ANALÍTICA	LÍNEA MÉDICA			
☐ Periférico ☐ Reinstalaciones de Firmware ☐ Reinstalaciones de Software ☐ Reparación Completa ☐ Reparación Componentes ☐ Reparación Estándar ☐ Tarjeta Principal ☐ Otro: _____	☐ Filtro Emisor/Exitación ☐ Filtro de Solución Refrigerante ☐ Fuente ☐ Relevo ☐ Sonda de Bloque ☐ 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 ☐ Potenciómetro	☐ Reactivo ☐ Sensor ☐ Software ☐ Tarjeta ☐ Touchscreen ☐ Transductor ☐ Turbina ☐ Válvula ☐ Otro

PROBLEMA: <u>Mantenimiento preventivo</u>
--

TRABAJOS REALIZADOS
<u>Inspección física y funcional. Pruebas AUP: Todos, leds indicadores, rebo-</u> <u>lizador, alarmas, fugas, col de sensor O2, desempeño de la batería, todos OK.</u> <u>Verificación de parámetros de ventilación relacionados en protocolo adjunto.</u>

OBSERVACIONES:

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>Yussef Domínguez</u>	H. Llegada: <u>7:30 am</u>	Nombre: <u>F. de la Cruz</u>
Cargo: <u>Coord. Biomédico</u>	H. Salida: <u>1:00 am</u>	Cargo: <u>Soporte Técnico</u>
Firma: <u>[Firma]</u>		Firma: <u>[Firma]</u>

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: *Ventilador de Paciente* Marca: *Carefusion*
Modelo: *VELA COMPREHENSIVE* Serie: *CAT04959* Activo:
Institución/Ubicación: *Hospital Niño Jesús* Servicio:
Fecha: *09 / 6 / 2021* HTV: *1077* HTT: *1077*

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 Pmáx 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 ventilador 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		5.7	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%		477	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O		4.5	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm		12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O		38.8	✓	
6.	I:E	1:6.3	+/-10%		1:6.1	✓	
7.	Ti	0.68	+/-0.5s		0.70	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%		20.4	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%		29.2	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%		60.1	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%		92	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%		100	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
<i>Anulador de Flujo - Flóid alto flujo</i>	<i>TSI</i>	<i>40812030042</i>

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma		Firma		Aprobado	
Nombre	<i>Edgar Peña</i>	Nombre	<i>José el Domínguez</i>	Correctivo	
Cargo	<i>Soporte Técnico</i>	Cargo	<i>Coord Bionédico</i>	Fuera de Servicio	
Fecha	<i>09 - 6 - 2021</i>	Fecha	<i>08 - 06 - 21</i>		