

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clinica los Rosales</u>	Equipo: <u>Ventilador Mecánico</u>
Contacto: <u>Jose Luis Aguirre</u>	Marca: <u>carefusion</u>
Teléfono: <u>311 320 8717</u>	Modelo: <u>Vela Comprehensive</u>
Ciudad: <u>Pereira</u>	S/N: <u>CAT 04967</u>
Contrato: _____	Ubicación: <u>Hospitalización (COVID)</u>
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: <u>N/A (004157)</u>

TIPO DE SERVICIO				
☐ Alistamiento	☐ Calibración	☐ Capacitación	☐ Correctivo	☐ Cortesia
☐ 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

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

TRABAJOS REALIZADOS
<u>Verificación física y de funcionamiento, limpieza general, pruebas oxígeno, membrana, fugas, alarmas, calibración celda de O2, pruebas de desempeño de batería y parámetros ventilador, todas OK, anexa protocolo de mantenimiento.</u>

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

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>Jose Luis Aguirre C.</u>	H. Llegada: <u>2 pm</u>	Nombre: <u>Rodolfo Bogota G.</u>
Cargo: <u>Ingeniero Biomedico</u>	H. Salida: <u>4 pm</u>	Cargo: <u>Ing. Soporte Técnico</u>
Firma: _____		Firma: _____

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CATO 4457

Activo: 004757

Institución/Ubicación: Clínica los Rosales

Servicio: Hospitalizados (COVID)

Fecha: 03 / 06 / 2021

HTV: 2214

HTT: 2214

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 62.7	/			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	5.8	5.8	/	
2.	VT	500 mL	± 10%	495	495	/	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.9	4.9	/	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	/	
5.	PIP	Monitoreada 30	± 2 cmH ₂ O	28.4	28.4	/	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.28	1:6.28	/	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69 seg	0.69 seg	/	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20.8	20.8	/	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.5	30.5	/	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	62.1	62.1	/	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	91.9	91.9	/	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100	100	/	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40612030026

OBSERVACIONES

ENTREGA

Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: <i>[Firma]</i>	Estado:
Nombre: Roberto Bogota G.	Nombre: <i>[Nombre]</i>	Aprobado: X
Cargo: Ing Soporte Técnico	Cargo: <i>[Cargo]</i>	Correctivo:
Fecha: 03/06/21	Fecha: <i>[Fecha]</i>	Fuera de Servicio: