

DATOS DEL CLIENTE Cliente: Hospital Departamental Enrique de Puel Contacto: _____ Teléfono: _____ Ciudad: Cúcuta Contrato: _____ Daño fuera de Garantía: _____	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO Equipo: Ventilador Mecánico Marca: Corofusion Modelo: Delta Comprehensive S/N: CAT04921 Ubicación: UCI Placa: 009780
---	---

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 ☐ Periférico ☐ Reinstalaciones de Firmware ☐ Reinstalaciones de Software ☐ Reparación Completa ☐ Reparación Componentes ☐ Reparación Estándar ☐ Tarjeta Principal ☐ Otro: _____	LÍNEA ANALÍTICA ☐ Filtro Emisor/Exitación ☐ Filtro de Solución Refrigerante ☐ Fuente ☐ Relevé ☐ Sonda de Bloque ☐ Sonda de Muestra ☐ Teclado ☐ Válvula de Una Vía ☐ Otro: _____	LÍNEA MÉDICA ☐ Amplificador ☐ Batería ☐ Cable ☐ Celda O2 ☐ Compresor ☐ Consola ☐ CPU ☐ Cto. Paciente ☐ Cubierta ☐ Electrodo ☐ Filtro ☐ Flujometro ☐ 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: Ventilador no mantenimiento preventivo por garantía por prueba
--

TRABAJOS REALIZADOS Verificación física y de funcionamiento en línea general, pruebas de: led, membrana, calibración, fuga, calibración celda O2, prueba de desempeño de batería y parámetros ventiladores, todos OK. Anexo protocolo de mantenimiento.

OBSERVACIONES: Equipo en correcto funcionamiento.

 E.S.E. DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA CÚCUTA - NÚCLEO RECIBIDO PARA ESTUDIO 24 JUN 2021 FIRMA: _____ HORA: _____ ANEXOS SI ☐ NO ☐	DURACIÓN DEL TRABAJO H. Llegada: 9:30 am H. Salida: 11 am	INSTRUMENTACIÓN S.A. Nombre: Karen Montoya C Cargo: Ing. Soporte Técnico Firma: _____
--	--	---

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR MECÁNICO		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA		Serie: CAT04921	Activo: 009780
Institución/Ubicación: Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón		Servicio: UCI	
Fecha: 23/06/21		HTV: 17	HTT: 17

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 57,8	✓			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	5,9	-	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	490	-	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,86	-	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	-	✓	
5.	PIP	Monitoreada	27 ± 2 cmH ₂ O	27,5	-	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,20	-	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69	-	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20,8	-	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,6	-	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	60,2	-	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	89,3	-	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,5	-	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Analizador de flujos	TSI	40812030042

OBSERVACIONES

ENTREGA

Firma: <i>Karen Natalia Monroy Calixto</i>		Firma: <i>[Firma]</i>		Estado	
Nombre: Karen Natalia Monroy Calixto		Nombre: <i>[Nombre]</i>		Aprobado ☒	
Cargo: Ing. Soporte técnico		Cargo: <i>[Cargo]</i>		Correctivo ☐	
Fecha: /06/21		Fecha: <i>24 JUN 2021</i>		Fuera de Servicio ☐	

ANEXOS SI ☐ NO ☐