

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: E.S.E. Hospital San Antonio de M.T.U	Equipo: Ventilador de paciente
Contacto: Ina Alberto	Marca: Core Fusion
Teléfono: 321 416 4490	Modelo: Vela
Ciudad: M.T.U	S/N: CAT 4933
Contrato:	Ubicación: UCI
Daño fuera de Garantía:	Placa: NR

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/Exhalación ☐ Filtro de Solución Refrigerante ☐ Fuente ☐ Relevé ☐ 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 ☐ Flujómetro ☐ 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:
Visita de mantenimiento preventivo H1 de garantía

TRABAJOS REALIZADOS
Verificación física y de funcionamiento limpieza externa e interna, pruebas OVP: LEDs, teclas, alarmas, fugas, calibración celda de O2 todas OK, se realizó prueba de desempeño de la batería y parámetros ventilatorios, todo funciona correctamente todas las pruebas OK

OBSERVACIONES:

CLIENTE Nombre: <u>[Firma]</u> Cargo: <u>Responsable</u> Firma: <u>[Firma]</u>	DURACIÓN DEL TRABAJO H. Llegada: <u>7:00 PM</u> H. Salida: <u>3:30 PM</u>	INSTRUMENTACIÓN S.A. Nombre: <u>Roberto Bogota</u> Cargo: <u>Ing. S.E.V.C. Técnico</u> Firma: <u>[Firma]</u>
--	--	--

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CAT 04933

Activo: NR

Institución/Ubicación: Hospital San Antonio de Mito

Servicio: UCI

Fecha: 27/07/21

HTV: 78

HTT: 78

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%	497	497	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	5,11	5,11	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	72	72	✓	
5.	PIP	Monitoreada 33	± 2 cmH ₂ O	37,8	37,8	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,24	1:6,24	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69 s	0,69 s	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21,1	21,1	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	31,3	31,3	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	62,7	62,7	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	91,9	91,9	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,0	99,0	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030026

OBSERVACIONES
ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma:	<i>[Firma]</i>	Firma:	<i>[Firma]</i>	Aprobado	X
Nombre:	Rodrigo Bogotá G.	Nombre:	Carla Cruz	Correctivo	
Cargo:	Ing. Soporte técnico	Cargo:	Coordinador de Soporte	Fuera de Servicio	
Fecha:	27/07/21	Fecha:	22/01/2021		