

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clinica Maicao</u>	Equipo: <u>Ventilador de Paciente</u>
Contacto: <u>Duvan Orozco</u>	Marca: <u>Carefusion</u>
Teléfono: <u>3707366240</u>	Modelo: <u>Vela</u>
Ciudad: <u>Maicao</u>	S/N: <u>CATA 4934</u>
Contrato: _____	Ubicación: <u>UCI - COVID</u>
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: <u>N/A</u>

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 ☐ Relévo ☐ 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 ☐ 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: <u>Visita de mantenimiento preventivo # 1</u>

TRABAJOS REALIZADOS <u>Inspección física y de funcionamiento, limpieza interna y externa pruebas, OUP: leds, teclas, alarmas, fugas, calibración de celda de O2, pruebas de desempeño de la celda y de parámetros ventilatorios, todas OK. anexo protocolo de mantenimiento.</u>
--

OBSERVACIONES:

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>ROSA SANCHEZ H</u>	H. Llegada: <u>5:00 pm</u>	Nombre: <u>Adolfo Bogota</u>
Cargo: <u>INSTRUMENTACIÓN</u>	H. Salida: <u>6:00 pm</u>	Cargo: <u>Ing. Servicio Técnico</u>
Firma: <u>[Firma]</u>		Firma: <u>[Firma]</u>

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE	Marca: CAREFUSION
Modelo: VELA	Serie: CATO 4934 Activo: N/A
Institución/Ubicación: clínica Maicao	Servicio: UCI-COVID
Fecha: 751 72 1 20	HTV: 265 HTT: 265

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	5.99	5.99	/	
2.	VT	500 mL	± 10%	501	501	/	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.56	4.56	/	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	/	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	29.74	29.74	/	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.26	1:6.20	/	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.70	0.70	/	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20.7	20.7	/	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	29.2	29.2	/	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	60.9	60.9	/	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90.7	90.7	/	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	98.4	98.4	/	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40872030 042

OBSERVACIONES
ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado	
Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: ROSA SOARRA H	Aprobado	X
Nombre: Rodolfo Bogotá G	Nombre:	Correctivo	
Cargo: Ing. Servicio técnico	Cargo: FISIOTERAPEUTA	Fuera de Servicio	
Fecha: 751 72 1 20	Fecha: 18-12-20		