

DATOS DEL CLIENTE CLIENTE: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo CONTACTO: _____ TELEFONO: _____ CIUDAD: Neiva		IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO EQUIPO: Ventilador de paciente Modelo Vela _____ MARCA: Vyaire / Carefusion S/N: CAT04885 PLACA: N/A	
--	--	--	--

SERVICIO	CLIENTE
GENERAL	

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:
Ninguno. Visita de mantenimiento preventivo

TRABAJOS REALIZADOS:

- Verificación en general del equipo por estado y funcionamiento.
- Se realizan pruebas UVT: Fugas, luces, tono de alarma, calibración de celda de oxígeno al 21% y al 100 % verificación de altitud: OK.
- Ajuste de la calibración de los transductores por valores de volumen fuera del rango.
- Verificación de los siguientes parámetros: Vti, vte, vm, PeeP, PIP frecuencia respiratoria, I:E, TI, Concentraciones de oxígeno: Valores dentro del rango .
- Verificación del funcionamiento de: alarmas, pantalla sensible al tacto, nebulizado, mezclador : ok
- Prueba de batería: Exitoso.
- Se realizan pruebas de desempeño por una hora : Equipo funciona correctamente.

REPUESTO Y/O SERVICIO

No. Parte	Serie/Lote	Descripción	Cant.
Mano de Obra: Horas			

OBSERVACIONES: Se entrega equipo funcionando correctamente de acuerdo a las especificaciones del fabricante.

Se anexa protocolo de mantenimiento preventivo

V.K. Garg of Eng. Bhandal

RECIBIDO A SATISFACCIÓN CLIENTE		DURACIÓN DEL TRABAJO		INSTRUMENTACIÓN S.A.	
Firma:	<u>Clavdia L. Morales</u>	H. Llegada:	<u>3:00 pm</u>	Firma:	<u>Yenny Barrera</u>
Nombre:	<u>CLAUDIA L. MORALES</u>		<u>5:00 pm</u>	Nombre:	<u>YENNY BARRERA</u>
Cargo:	<u>TERAPEUTA RESP</u>	H. Salida:		Cargo:	<u>Soporte Técnico</u>
Cédula:	<u>55166470</u>	Fecha:	<u>10/02/21</u>		

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CAT04885

Activo:

Institución/Ubicación:

Servicio:

Fecha: / /

HTV: 1530

HTT: 1530

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			✓
7.	Funcionamiento de Nebulizador	✓			17.	Cambio de Batería			✓
8.	Funcionamiento de pantalla táctil	✓			18.	Cambio de filtro 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	6	6	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	432	480	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4	4	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	23	23	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.3	1:6.3	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.68	0.68	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21	21	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30	30	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61	61	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	91	91	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99	99	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

Ajuste de Transductores; por Valor de Volumen fuera del rango.
Se entregó equipo funcionando correctamente

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma:	Geny Ballester	Firma:	Claudia L. Morales	Aprobado	✓
Nombre:	Geny Ballester	Nombre:	CLAUDIA L. MORALES	Correctivo	
Cargo:	Suplente Técnico	Cargo:	TERAPEUTA RESB	Fuera de Servicio	
Fecha:	10/02/2021	Fecha:	10/02/21		

V.B. Jace PO, Ing. Biomedica.