

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Hospital del Sarare	Equipo: Ventilador de Paciente
Contacto: Ing. Alvaro Fernandez	Marca: Corefusion
Teléfono: 321 427 3434	Modelo: VELA COMPREHENSIVE
Ciudad: Saravena - Arauca	S/N: CAT04895
Contrato:	Ubicación:
Daño fuera de Garantía:	Placa: MY03998

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

PROBLEMA:
Visita # 1 Garantía. Mantenimiento Preventivo

TRABAJOS REALIZADOS
Inspección gral Física del equipo y crio. Pruebas UVT: Pantalla, leds indicadores, todos, alarmas, fugas, nebulizador, cal de sensor O2, desempeño de la batería, todos OK. Pruebas de desempeño de ventilación con parámetros relacionados en protocolo adjunto.

OBSERVACIONES:

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: Alvaro Fernandez	H. Llegada:	Nombre: Edgar Muñoz C.
Cargo: Promocionista	H. Salida:	Cargo: Soporte Técnico
Firma: [Firma]		Firma: [Firma]

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: <u>Ventilador de Paciente</u>	Marca: <u>Corefusion</u>
Modelo: <u>VELA COMPREHENSIVE</u>	Serie: <u>CAT04895</u> Activo: <u>MY03998</u>
Institución/Ubicación: <u>Hospital del Suroeste</u>	Servicio: _____
Fecha: <u>22 / 01 / 2021</u>	HTV: <u>485</u> HTT: <u>485</u>

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 ventilador 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		5.6	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%		472	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O		5.1	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm		12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O		35.7	✓	
6.	I:E	1:6.3	+/-10%		1:6.2	✓	
7.	Ti	0.68	+/-0.5s		0.69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%		20	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%		29.4	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%		58.4	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%		89.6	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%		98.2	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento: <u>Módulo Alto Flujo</u>	Marca: <u>TSI</u>	Serie: <u>40812030026</u>
---------------------------------------	-------------------	---------------------------

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado
Firma: <u>[Firma]</u>	Firma: <u>[Firma]</u>	Aprobado
Nombre: <u>Edgar Muñoz C.</u>	Nombre: <u>Alvaro Fernández</u>	Correctivo
Cargo: <u>Soporte Técnico</u>	Cargo: <u>Biomedico</u>	Fuera de Servicio
Fecha: <u>22-01-2021</u>	Fecha: <u>22/01/2021</u>	