

DATOS DEL CLIENTE

Cliente: Hospital San Vicente
Contacto: _____
Teléfono: _____
Ciudad: Aravia
Contrato: _____
Daño fuera de Garantía: _____

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

Equipo: Ventilador de Paciente
Marca: Carefusion
Modelo: VELA COMPREHENSIVE
S/N: CATO4906
Ubicación: Und Respiratoria
Placa: _____

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

☐ Periférico
☐ Reinstalaciones de Firmware
☐ Reinstalaciones de Software
☐ Reparación Completa
☐ Reparación Componentes
☐ Reparación Estándar
☐ Tarjeta Principal
☐ Otro: _____

LÍNEA ANALÍTICA

☐ Filtro Emisor/Exhalación
☐ Filtro de Solución Refrigerante
☐ Fuente
☐ Relevé
☐ Sonda de Bloqueo
☐ Sonda de Muestra
☐ Teclado
☐ Válvula de Una Vía
☐ Otro: _____

LÍNEA MÉDICA

☐ Amplificador ☐ Electrodo ☐ Manguera ☐ Reactivo
☐ Batería ☐ Filtro ☐ Manómetro ☐ Sensor
☐ Cable ☐ Flujómetro ☐ Mezclador ☐ Software
☐ Celda O2 ☐ Fuente ☐ Módulo ☐ Tarjeta
☐ Compresor ☐ Impresora ☐ Motor ☐ Touchscreen
☐ Consola ☐ Indicador ☐ Operativo ☐ Transductor
☐ CPU ☐ Instrumental ☐ Pantalla ☐ Turbina
☐ Cto. Paciente ☐ Interfase ☐ Pistón ☐ Válvula
☐ Cubierta ☐ Lámpara ☐ Potenciómetro ☐ Otro

PROBLEMA: Visita # 1 Garantía. Mantenimiento Preventivo

TRABAJOS REALIZADOS

Inspección y/o físico del equipo y cargo. Pruebas UVT: Pantalla, leds indicadores, nebulizador, fugas, teclas, alarmas, cal de celda de O2, desempeño de la batería, todos OK. Limpieza general. Pruebas de desempeño de ventilación relacionadas en protocolo adjunto

OBSERVACIONES:

CLIENTE

Nombre: Thoresmay Garrillo
Cargo: Ing. Biomédico
Firma: _____

DURACIÓN DEL TRABAJO

H. Llegada: _____
H. Salida: _____

INSTRUMENTACIÓN S.A.

Nombre: Edgar Muñoz C.
Cargo: Soporte Técnico
Firma: _____

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo:	Ventilador de Paciente	Marca:	Corepison
Modelo:	VELA COMPREHENSIVE	Serie:	CAT04906
Institución/Ubicación:	Hospital San Vicente	Servicio:	Und Respiratoria
Fecha:	20 / 01 / 2021	HTV:	621
		HTT:	621

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%		467	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O		4.8	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm		12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O		38.7	✓	
6.	I:E	1:6.3	+/-10%		1.6.2	✓	
7.	Ti	0.68	+/-0.5s		0.70	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%		20.4	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%		30.6	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%		59.9	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%		89.1	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%		98	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Módulo Alto Flyo	40812030026	TSI

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma	<i>[Firma]</i>	Firma	<i>[Firma]</i>	Aprobado	
Nombre	Edgar Muñoz C.	Nombre	Thorsmay Corrallo	Correctivo	
Cargo	Soporte Técnico	Cargo	Ing. Biomedico	Fuera de Servicio	
Fecha	20 - 01 - 2021	Fecha	20 - 01 - 2021		