

DATOS DEL CLIENTE		IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO	
Cliente: Hospital Departamental San Antonio de Pácora	Equipo: Ventilador	Marca: Corefusion	
Contacto: Ing. David		Modelo: Vela Comprehensive	
Teléfono: 312 456 789		S/N: CAT01815	
Ciudad: La Plata		Ubicación: UCI	
Contrato: 12345		Placa: 123456789	
Daño fuera de Garantía: No			

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 ☐ Relvo ☐ 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 ☐ Flujo metro ☐ Fuente ☐ Impresora ☐ Indicador ☐ Instrumental ☐ Interfase ☐ Lámpara	☐ Manguera ☐ Manómetro ☐ Mezclador ☐ Módulo ☐ Motor ☐ Operativo ☐ Pantalla ☐ Pistón ☐ Potenciómetro	☐ Reactivo ☐ Sensor ☐ Software ☐ Tarjeta ☐ Touchscreen ☐ Transductor ☐ Turbina ☐ Válvula ☐ Otro

PROBLEMA: Visita programada de mantenimiento preventivo.

TRABAJOS REALIZADOS: Se realizó mantenimiento preventivo según protocolo, prueba de desempeño y limpieza general.
--

OBSERVACIONES: Equipo funciona dentro de los parámetros establecidos.
--

CLIENTE Nombre: David E. Cejudo Cargo: Promotor Firma: _____	DURACIÓN DEL TRABAJO H. Llegada: 4:15 PM H. Salida: 5:30 PM.	INSTRUMENTACIÓN S.A. Nombre: Karen Monroy Cargo: Ing. Soporte Técnico. Firma: _____
--	---	---

Instrumentación SA. Soluciones que mejoran la vida	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VENTILADOR VELA	Código: -PMP-01 Versión: 1.1
---	--	---------------------------------

IDENTIFICACION			
Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA	Serie: CAT 4815	Activo:	
Institución/Ubicación: Hospital Departamental San Antonio de Padua		Servicio: UCI	
Fecha: 12/1/21	HTV: 45	HTT: 45	

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 58.1	✓			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	5.43	5.43	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	511	511	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	5.1	5.1	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	20.8	26.8	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1.624	1.624	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69	0.69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21.4	21.4	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.2	30.2	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61.1	61.1	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	84.5	84.5	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	98.3	98.3	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS		
Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030010

OBSERVACIONES

ENTREGA			
Instrumentación SA		Institución	
Firma: Kuren	Firma: [Firma]	Estado	
Nombre: Kuren Monroye	Nombre: David [Firma]	Aprobado	✓
Cargo: Ing. Soporte técnico	Cargo: [Firma]	Correctivo	
Fecha: 12/1/20	Fecha: [Firma]	Fuera de Servicio	