

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clinica Alta Complejidad.</u>	Equipo: <u>Ventilador de paciente</u>
Contacto: <u>Ing. Karen Martinez</u>	Marca: <u>Carefusion</u>
Teléfono: <u>3209913093</u>	Modelo: <u>VELA-comprehensive</u>
Ciudad: <u>Valledupar</u>	S/N: <u>CAT04844</u>
Contrato: _____	Ubicación: _____
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: _____

TIPO DE SERVICIO				
☐ Alistamiento	☐ Calibración	☐ Capacitación	☐ Correctivo	☐ Cortesia
☐ 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: <u>Mantenimiento Preventivo #2</u>

TRABAJOS REALIZADOS
<u>Revisión general del equipo por estado y funcionamiento. Se realizan pruebas w.r: luces, teclas, leds indicadores, alarmas, pantalla, baterías. todos ok. Verificación de parámetros ventilatorios incluidos en protocolo adjunto. todos ok.</u>

OBSERVACIONES: <u>Equipo funcionando de acuerdo a especificaciones de fabricante</u>

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>Karen Martinez</u>	H. Llegada: <u>8:00am</u>	Nombre: <u>Lily Calderon</u>
Cargo: <u>Coord. Biomédica</u>	H. Salida: <u>4:30pm</u>	Cargo: <u>Ing. ST</u>
Firma: <u>Karen Martinez</u>		Firma: <u>Lily Calderon</u>

IDENTIFICACIÓN

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION
Modelo: VELA	Serie: CA104844	Activo:
Institución/Ubicación: Clínica Alta Complejidad		Servicio:
Fecha: 22 / 07 / 2021	HTV: 614	HTT: 614

PROCEDIMIENTO 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 584.	✓			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			✓

VERIFICACIÓN DE PARÁMETROS

No.	PARAMETRO	VALOR DE REFERENCIA	RANGO DE TOLERANCIA	VALOR		CUMPLE	
				INICIAL	FINAL	SI	NO
1.	Vm	6 L	± 1.2L	580	580	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	480	480	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.78	4.78	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2.rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	27.2	27.2	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.2	1:6.2	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69	0.69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21.2	21.2	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.6	30.6	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	60.9	60.9	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	92.3	92.3	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100	100	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40012030026

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma: [Firma]	Firma: [Firma]	Aprobado	✓	Correctivo	
Nombre: [Nombre]	Nombre: [Nombre]	Fuera de Servicio			
Cargo: [Cargo]	Cargo: [Cargo]				
Fecha: 22/07/2021	Fecha: [Fecha]				