

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clinica Gastrominestor</u>	Equipo: <u>Ventilador de paciente</u>
Contacto: <u>Fabio Duran</u>	Marca: <u>Resufusion</u>
Teléfono: <u>3786465972</u>	Modelo: <u>VE19</u>
Ciudad: <u>Bogotá</u>	S/N: <u>CAT04668</u>
Contrato: _____	Ubicación: <u>UCI</u>
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: <u>N/A</u>

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	☐ Filtro Emisor/Exhalación	☐ Amplificador	☐ Electrodo	☐ Manguera	☐ Reactivo
☐ Reinstalaciones de Firmware	☐ Filtro de Solución Refrigerante	☐ Batería	☐ Filtro	☐ Manómetro	☐ Sensor
☐ Reinstalaciones de Software	☐ Fuente	☐ Cable	☐ Flujo metro	☐ Mezclador	☐ Software
☐ Reparación Completa	☐ Relajo	☐ Celda O2	☐ Fuente	☐ Módulo	☐ Tarjeta
☐ Reparación Componentes	☐ Sonda de Bloqueo	☐ Compresor	☐ Impresora	☐ Motor	☐ Touchscreen
☐ Reparación Estándar	☐ Sonda de Muestra	☐ Consola	☐ Indicador	☐ Operativo	☐ Transductor
☐ Tarjeta Principal	☐ Teclado	☐ CPU	☐ Instrumental	☐ Pantalla	☐ Turbina
☐ Otro:	☐ Válvula de Una Vía	☐ Cto. Paciente	☐ Interfase	☐ Pistón	☐ Válvula
	☐ Otro:	☐ Cubierta	☐ Lámpara	☐ Potenciómetro	☐ Otro

PROBLEMA:
<u>Visita de mantenimiento preventivo # 7</u>

TRABAJOS REALIZADOS
<u>Instalación física y de funcionamiento, limpieza interna y externa, pruebas OVP: leds, teclas, alarmas, fugas, calibración de celda de O2. Se hacen pruebas de consumo de batería y parámetros ventilatorios, todos OK. anexo protocolo de mantenimiento</u>

OBSERVACIONES:

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>Fabio Duran</u>	H. Llegada: <u>13:00</u>	Nombre: <u>Modesto Paez</u>
Cargo: <u>Int. Gerencia</u>	H. Salida: <u>14:00</u>	Cargo: <u>Ing. servicio técnico</u>
Firma: <u>[Firma]</u>		Firma: <u>[Firma]</u>

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA		Serie: CAT 0 4668	Activo: N/A
Institución/Ubicación: Clínica Gestiona Bienestar		Servicio: UCI	
Fecha: 10/12/20	HTV: 16	HTT: 16	

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			X
7.	Funcionamiento de Nebulizador	/			17.	Cambio de Batería			X
8.	Funcionamiento de pantalla táctil	/			18.	Cambio de filtro de refrigeración			X
9.	Prueba de batería	/			19.	Cambio de Celda de O ₂			X
10.	Limpieza filtro de refrigeración	/			20.	Otros			X

VERIFICACION DE PARAMETROS

No.	PARAMETRO	VALOR DE REFERENCIA	RANGO DE TOLERANCIA	VALOR		CUMPLE	
				INICIAL	FINAL	SI	NO
1.	Vm	6 L	± 1.2L	5,96	5,96	/	
2.	VT	500 mL	± 10%	498	498	/	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,83	4,83	/	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	/	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	27,7	27,7	/	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,23	1:6,23	/	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,695	0,695	/	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20,7	20,7	/	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,2	30,2	/	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61,7	61,7	/	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90,0	90,0	/	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,8	99,8	/	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	4081 2020 042

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación	Institución	Estado
Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: <i>[Firma]</i>	Aprobado X
Nombre: AGOSTO BOGOTA 6.	Nombre: <i>[Firma]</i>	Correctivo
Cargo: Ing. Servicio Técnico	Cargo: Ing. Biomédico	Fuera de Servicio
Fecha: 10/12/20	Fecha:	