

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clinica Gestionar Bienestar</u>	Equipo: <u>Ventilador de paciente</u>
Contacto: <u>Ing Fabio Duran</u>	Marca: <u>Caretusion</u>
Teléfono: _____	Modelo: <u>Velo-comprehensive</u>
Ciudad: <u>Barranquilla</u>	S/N: <u>(ATO)4668</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	☐ Filtro Emisor/Exitación	☐ Amplificador
☐ Reinstalaciones de Firmware	☐ Filtro de Solución Refrigerante	☐ Batería
☐ Reinstalaciones de Software	☐ Fuente	☐ Cable
☐ Reparación Completa	☐ Relevo	☐ Celda O2
☐ Reparación Componentes	☐ Sonda de Bloque	☐ Compresor
☐ Reparación Estándar	☐ Sonda de Muestra	☐ Consola
☐ Tarjeta Principal	☐ Teclado	☐ CPU
☐ Otro:	☐ Válvula de Una Vía	☐ Cto. Paciente
	☐ Otro:	☐ Cubierta
		☐ Electrodo
		☐ Filtro
		☐ Flujometro
		☐ 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>Visita #2. Mantenimiento Preventivo</u>

TRABAJOS REALIZADOS
<u>Revisión general del equipo por estado y funcionamiento.</u>
<u>Se realizan pruebas con: tapas, telas, LEDs indicadores, baterías,</u>
<u>Pantalla tactil. Todos OK. Verificación de parámetros ventilatorios</u>
<u>incluidos en protocolo adjunto. Todos OK.</u>

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

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>Fabio Duran T</u>	H. Llegada: <u>11:00am</u>	Nombre: <u>Rodolfo Bogota</u>
Cargo: <u>Ing Biomedica</u>	H. Salida: <u>12:30am</u>	Cargo: <u>Soporte tecnico</u>
Firma: <u>[Firma]</u>		Firma: <u>[Firma]</u>

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION
Modelo: VELA	Serie: CAT04668	Activo:
Institución/Ubicación: Clínica Gestiona Bienestar		Servicio:
Fecha: 07 / 07 / 2021	HTV: 1244	HTT: 1244

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 55.5	/			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	5.77	5.77	/	
2.	VT	500 mL	± 10%	482	482	/	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	5	5	/	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	/	
5.	PIP	21 Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	28.5	28.5	/	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.16	1:6.16	/	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.70	0.70	/	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20.3	20.3	/	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.3	30.3	/	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61.1	61.1	/	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90.4	90.4	/	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100	100	/	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma:	<i>[Firma]</i>	Firma:	<i>[Firma]</i>	Aprobado	/
Nombre:	Rodolfo Bogota	Nombre:	Fabio Daza	Correctivo	
Cargo:	soporte tecnico	Cargo:	inj. Biomedica	Fuera de Servicio	
Fecha:	7/7/21	Fecha:			