

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Clínica ComFamiliar	Equipo: Ventilador Mecánico
Contacto: Clínica ComFamiliar	Marca: Carefusion
Teléfono:	Modelo: Veta Comprehensive
Ciudad: Pereira	S/N: CAT04704
Contrato:	Ubicación: UG
Daño fuera de Garantía:	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	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 ☐ Relevo ☐ 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 ☐ Potenciometro	☐ Reactivo ☐ Sensor ☐ Software ☐ Tarjeta ☐ Touchscreen ☐ Transductor ☐ Turbina ☐ Válvula ☐ Otro

PROBLEMA:
Visita #2 de mantenimiento preventivo por garantía.

TRABAJOS REALIZADOS
Inspección física y de funcionamiento, limpieza general, pruebas oxígeno, membranas, alarmas, fugas, calibración celda O2, prueba de desempeño de batería y parámetros ventilatorios, todas OK. Anexo protocolo de mantenimiento.

OBSERVACIONES:
Equipo en correcto funcionamiento.

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: Pitobon Ocampo	H. Llegada: 8:30 am	Nombre: Karen Lompy C.
Cargo: Eng. Biomédico	H. Salida: 10 am	Cargo: Ing. Soporte Técnico
Firma: Pitobon O.C.		Firma: Karen Lft.

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR MECANICO		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA COMPREHENSIVE		Serie: CAT04704	Activo:
Institución/Ubicación: clinica comFamirion.		Servicio: UCI	
Fecha: 2/6/2021		HTV: 3378	HTT: 3378

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 57,10	✓			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	5,87	✓	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	505	✓	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,61	✓	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	✓	✓	
5.	PIP	Monitoreada	30 ± 2 cmH ₂ O	29,7	✓	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,11	✓	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,7	✓	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21,0	✓	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,3	✓	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61,7	✓	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90,9	✓	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,7	✓	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado	
Firma: Karen Natalia Monroy Calixto	Firma: P. L. Ocampo	Aprobado	✓
Nombre: Karen Natalia Monroy Calixto	Nombre: P. L. Ocampo	Correctivo	
Cargo: Ing. Soporte técnico	Cargo: Ing. Biomédica	Fuera de Servicio	
Fecha: 2/6/2021	Fecha: 02/06/2021		