

26 248

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Hospital San Jose de Manao	Equipo: Ventilador de paciente
Contacto: Alexis Rumbert	Marca: Carefusion
Teléfono: 316 5890405	Modelo: Vela
Ciudad: Manao	S/N: CAT04633
Contrato:	Ubicación: UCI Intermedia
Daño fuera de Garantía:	Placa: 3297

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 ☐ 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 ☐ Flujómetro ☐ 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:
Vista de mantenimiento preventivo

TRABAJOS REALIZADOS
Inspección física y de funcionamiento, limpieza interna y externa, prueba de pda leds, prueba de alarma, prueba de calibración de celda de O2, prueba de funcionamiento de parámetros controlados, todo OK, equipo en perfecto estado de funcionamiento.

OBSERVACIONES:

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: Verónica Noguera	H. Llegada: 7:00	Nombre: Rodolfo Bogota G.
Cargo: Coordinadora Telem	H. Salida: 4:00	Cargo: Ing. Servicio Técnico
Firma: Verónica Noguera		Firma: Rodolfo Bogota G.

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA		Serie:	Activo: 3297
Institución/Ubicación: E.S.E Hospital San José Maicao		Servicio: CATO 4633	
Fecha: 16/1/20		HTV: 18	HTT: 18

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	5,95	5,95	/	
2.	VT	500 mL	± 10%	495	495	/	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,98	4,98	/	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	/	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	30,04	30,04	/	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,19	1:6,19	/	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69 s	0,69 s	/	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20,4	20,4	/	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	29,3	29,3	/	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	58,5	58,5	/	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	88,4	88,4	/	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	96,2	96,2	/	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40872030042

OBSERVACIONES
ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado
Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: <i>[Firma]</i>	Aprobado X
Nombre: Modesto Bugota	Nombre: Leonilda Noguera	Correctivo
Cargo: Ing Servicio técnico	Cargo: Enfermero jefe	Fuera de Servicio
Fecha: 16/1/20	Fecha: 16/1/20	