

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Hospital San Jose de Managua	Equipo: ventilador de paciente
Contacto: Alexis Ramirez	Marca: CMEfusion
Teléfono: 316 889 08 05	Modelo: Vela
Ciudad: Managua	S/N: CPT04537
Contrato:	Ubicación: UCI intermedia
Daño fuera de Garantía:	Placa: 3303

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 ☐ 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:
visita de mantenimiento preventivo #1

TRABAJOS REALIZADOS
Inspección física y de funcionamiento limpieza interna y externa pruebas O2 leds todas alarmas fugas calibración de celda de O2 pruebas de desempeño de todo ruido y de parámetros ventilatorios todos OK anexo protocolo de mantenimiento

OBSERVACIONES:

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: Veronica Noguera	H. Llegada: 9:30 am	Nombre: Rodolfo Boyado C.
Cargo: enfermera jefe	H. Salida: 10:45 am	Cargo: Jefe servicio tecnico
Firma: [Firma]		Firma: [Firma]

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE	Marca: CAREFUSION
Modelo: VELA	Serie: CATO 4537 Activo: 9303
Institución/Ubicación: Hospital San Jose de Maicao	Servicio: UCI
Fecha: 16 / 12 / 20	HTV: 76 HTT: 76

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	6.00	6.00	/	
2.	VT	500 mL	± 10%	501	501	/	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.7	4.7	/	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	/	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	29.5	29.5	/	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.24	1:6.24	/	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69s	0.69s	/	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20.6%	20.6%	/	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	29.6%	29.6%	/	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61.5%	61.5%	/	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90.9%	90.9%	/	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99.8%	99.8%	/	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSL	40812030 042

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma: Rodolfo Bogota G.		Firma: Vanessa Jacob Fdez.		Aprobado	X
Nombre: Rodolfo Bogota G.		Nombre: Vanessa Jacob F.		Correctivo	
Cargo: Ing. servicio técnico		Cargo: Enfermera		Fuera de Servicio	
Fecha: 16/12/20		Fecha: 16-12-20			