

DATOS DEL CLIENTE Cliente: <u>Clinica ComFamiliar</u> Contacto: _____ Teléfono: _____ Ciudad: <u>Pereira</u> Contrato: _____ Daño fuera de Garantía: _____	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO Equipo: <u>Ventilador mecánico</u> Marca: <u>Carefusion</u> Modelo: <u>Vela comprehensiv</u> S/N: <u>CAT03274</u> Ubicación: <u>UCI</u> 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 ☐ Periférico ☐ Reinstalaciones de Firmware ☐ Reinstalaciones de Software ☐ Reparación Completa ☐ Reparación Componentes ☐ Reparación Estándar ☐ Tarjeta Principal ☐ Otro: _____	LÍNEA ANALÍTICA ☐ Filtro Emisor/Exitación ☐ Filtro de Solución Refrigerante ☐ Fuente ☐ Relvo ☐ Sonda de Bloque ☐ Sonda de Muestra ☐ Teclado ☐ Válvula de Una Vía ☐ Otro: _____	LÍNEA MÉDICA <table border="0"> <tr> <td>☐ Amplificador</td> <td>☐ Electrodo</td> <td>☐ Manguera</td> <td>☐ Reactivo</td> </tr> <tr> <td>☐ Batería</td> <td>☐ Filtro</td> <td>☐ Manómetro</td> <td>☐ Sensor</td> </tr> <tr> <td>☐ Cable</td> <td>☐ Flujometro</td> <td>☐ Mezclador</td> <td>☐ Software</td> </tr> <tr> <td>☐ Celda O2</td> <td>☐ Fuente</td> <td>☐ Módulo</td> <td>☐ Tarjeta</td> </tr> <tr> <td>☐ Compresor</td> <td>☐ Impresora</td> <td>☐ Motor</td> <td>☐ Touchscreen</td> </tr> <tr> <td>☐ Consola</td> <td>☐ Indicador</td> <td>☐ Operativo</td> <td>☐ Transductor</td> </tr> <tr> <td>☐ CPU</td> <td>☐ Instrumental</td> <td>☐ Pantalla</td> <td>☐ Turbina</td> </tr> <tr> <td>☐ Cto. Paciente</td> <td>☐ Interfase</td> <td>☐ Pistón</td> <td>☐ Válvula</td> </tr> <tr> <td>☐ Cubierta</td> <td>☐ Lámpara</td> <td>☐ Potenciometro</td> <td>☐ Otro</td> </tr> </table>		☐ Amplificador	☐ Electrodo	☐ Manguera	☐ Reactivo	☐ Batería	☐ Filtro	☐ Manómetro	☐ Sensor	☐ Cable	☐ Flujometro	☐ Mezclador	☐ Software	☐ Celda O2	☐ Fuente	☐ Módulo	☐ Tarjeta	☐ Compresor	☐ Impresora	☐ Motor	☐ Touchscreen	☐ Consola	☐ Indicador	☐ Operativo	☐ Transductor	☐ CPU	☐ Instrumental	☐ Pantalla	☐ Turbina	☐ Cto. Paciente	☐ Interfase	☐ Pistón	☐ Válvula	☐ Cubierta	☐ Lámpara	☐ Potenciometro	☐ Otro
☐ Amplificador	☐ Electrodo	☐ Manguera	☐ Reactivo																																				
☐ Batería	☐ Filtro	☐ Manómetro	☐ Sensor																																				
☐ Cable	☐ Flujometro	☐ Mezclador	☐ Software																																				
☐ Celda O2	☐ Fuente	☐ Módulo	☐ Tarjeta																																				
☐ Compresor	☐ Impresora	☐ Motor	☐ Touchscreen																																				
☐ Consola	☐ Indicador	☐ Operativo	☐ Transductor																																				
☐ CPU	☐ Instrumental	☐ Pantalla	☐ Turbina																																				
☐ Cto. Paciente	☐ Interfase	☐ Pistón	☐ Válvula																																				
☐ Cubierta	☐ Lámpara	☐ Potenciometro	☐ Otro																																				

PROBLEMA: <u>Visita #2 de mantenimiento preventivo por garantía.</u>
--

TRABAJOS REALIZADOS <u>Inspección física y de funcionamiento, limpieza general, pruebas de leds, membranas, alarmas, fugas, calibración, celda O2, pruebas de desempeño de batería y parámetros ventiladores, todas OK. Anexo protocolo de mantenimiento.</u>

OBSERVACIONES: <u>Equipo en correcto funcionamiento.</u>
--

CLIENTE Nombre: <u>Platón Ordoñez</u> Cargo: <u>Ing. Bio-médico</u> Firma: <u>Platón O. O.</u>	DURACIÓN DEL TRABAJO H. Llegada: <u>4pm</u> H. Salida: <u>8pm</u>	INSTRUMENTACIÓN S.A. Nombre: <u>Karen Nellyn C.</u> Cargo: <u>Ing. soporte técnico</u> Firma: <u>Karen N.</u>
--	--	---

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR MECANICO

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA COMPREHENSIVE

Serie: CAT03274

Activo:

Institución/Ubicación: Clínica Comfamiliar

Servicio: UCI

Fecha: 1/6/2021

HTV: 2639

HTT: 2561

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 SS,3	✓			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	5,84	✓	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	499	✓	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,4	✓	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	✓	✓	
5.	PIP	Monitoreada	30 ± 2 cmH ₂ O	29,96	✓	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,21	✓	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69	✓	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21,0	✓	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,6	✓	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	59,1	✓	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90,9	✓	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,6	✓	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado
Firma: Karen	Firma: Plabon O.J	Aprobado ✓
Nombre: Karen Natalia Monroy Calixto	Nombre: Plabon Ocampo	Correctivo
Cargo: Ing. Soporte técnico	Cargo: Ing. Biomedica	Fuera de Servicio
Fecha: 1/6/2021	Fecha: 02/06/2021	