

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Hospital Universitario de Santander	Equipo: Ventilador de paciente
Contacto: Alejandra Zorro	Marca: Carefusion
Teléfono: 313 300 6582	Modelo: Vela
Ciudad: Bucaramanga	S/N: CATO 4126
Contrato: _____	Ubicación: _____
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: 35444

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	☐ Filtro Emisor/Exhalación	☐ Amplificador
☐ Reinstalaciones de Firmware	☐ Filtro de Solución Refrigerante	☐ Batería
☐ Reinstalaciones de Software	☐ Fuente	☐ Cable
☐ Reparación Completa	☐ Relevé	☐ Celda O2
☐ Reparación Componentes	☐ Sonda de Bloqueo	☐ Compresor
☐ Reparación Estándar	☐ Sonda de Muestra	☐ Consola
☐ Tarjeta Principal	☐ Teclado	☐ CPU
☐ Otro:	☐ Válvula de Una Vía	☐ Cto. Paciente
	☐ Otro:	☐ Cubierta

PROBLEMA:
Visita de mantenimiento preventivo #2

TRABAJOS REALIZADOS
Verificación física y de funcionamiento, limpieza externa y pruebas OVP: leds, teclas, alarmas, fugas, calibración de celda de O2, pruebas de desempeño de la batería y parámetros ventiladores, todas: OK, anexo protocolo de mto.

OBSERVACIONES:
Equipo se entrega funcionando correctamente, se recomienda dejar conectado a fuente A.C.

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: Alejandra Zorro M.		Nombre: Rodolfo Bogota G.
Cargo: Ing. Biomédica	H. Llegada: 7:30 pm	Cargo: Soporte técnico
Firma:	H. Salida: 2:30 pm	Firma:

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA COMPREHENSIVE

Serie: CATO 4726

Activo: 35444

Institución/Ubicación: Hospital universitario de Santander Servicio:

Fecha: 8 / JULIO / 2021

HTV: 335

HTT: 378

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 58,2	/			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	5,93	5,93	/	
2.	VT	500 mL	± 10%	505	505	/	
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 30	± 2 cmH ₂ O	29,2	29,2	/	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.24	1:6.24	/	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69 s	0,69 s	/	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	29,8	29,8	/	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	29,8	29,8	/	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	67,7	67,7	/	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90,8	90,8	/	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,7	99,7	/	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030026

OBSERVACIONES

Equipo se encuentra con la batería muy baja, se recomienda mantener conectado a una fuente AC

ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado	
Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: <i>[Firma]</i>	Aprobado	X
Nombre: Rodolfo Alexander Bogota G.	Nombre: Alumbro Zorro M.	Correctivo	
Cargo: Ing. Soporte Técnico	Cargo: Ing. Biomedico	Fuera de Servicio	
Fecha: 8 / julio / 2021	Fecha: 8/07/2021		