

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clinica las Americas</u>	Equipo: <u>Ventilador Mecánico</u>
Contacto: _____	Marca: <u>CORE TUSION</u>
Teléfono: _____	Modelo: <u>Vela Comprehensive</u>
Ciudad: <u>Medellin</u>	S/N: <u>CAT03166</u>
Contrato: _____	Ubicación: _____
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: <u>DBMAYVEN083</u>

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	☐ Filtro Emisor/Exitación	☐ Amplificador	☐ Electrodo
☐ Reinstalaciones de Firmware	☐ Filtro de Solución Refrigerante	☐ Batería	☐ Filtro
☐ Reinstalaciones de Software	☐ Fuente	☐ Cable	☐ Flujometro
☐ Reparación Completa	☐ Relevé	☐ Celda O2	☐ Fuente
☐ Reparación Componentes	☐ Sonda de Bloque	☐ Compresor	☐ Impresora
☐ Reparación Estándar	☐ Sonda de Muestra	☐ Consola	☐ Indicador
☐ Tarjeta Principal	☐ Teclado	☐ CPU	☐ Instrumental
☐ Otro:	☐ Válvula de Una Vía	☐ Cto. Paciente	☐ Interfase
	☐ Otro:	☐ Cubierta	☐ Lámpara
			☐ Manguera
			☐ Manómetro
			☐ Mezclador
			☐ Módulo
			☐ Motor
			☐ Operativo
			☐ Pantalla
			☐ Pistón
			☐ Potenciometro
			☐ Reactivo
			☐ Sensor
			☐ Software
			☐ Tarjeta
			☐ Touchscreen
			☐ Transductor
			☐ Turbina
			☐ Válvula
			☐ Otro

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

TRABAJOS REALIZADOS
<u>Verificación física y de funcionamiento, limpieza general, probar oxígeno, leds, membrana, calibración celda O2, prueba de desempeño de batería y parámetros ventilatorios, todas OK.</u>
<u>Anexo protocolo de mantenimiento.</u>

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

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>Anderson FB</u>	H. Llegada: <u>2 pm</u>	Nombre: <u>Karen Monroy C.</u>
Cargo: <u>Biomédico</u>	H. Salida: <u>3:30 pm</u>	Cargo: <u>Ing. soporte técnico</u>
Firma: <u>[Firma]</u>		Firma: <u>[Firma]</u>

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA		Serie: CAT 03166	
Institución/Ubicación: Clínica las Americas		Activo: DMAYVEN083	
Fecha: 9 / 6 / 21		HTV: 2932	
		HTT: 2932	

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 59,2	✓			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			✓
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	490		✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	5,87		✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,35		✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12		✓	
5.	PIP	Monitoreada	28 ± 2 cmH ₂ O	27,9		✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6		✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,7		✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20,9		✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,7		✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61,8		✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	91,8		✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100		✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento:	Marca:	Serie:
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Firma: <i>Karen</i>	Institución:	Estado:
Nombre: <i>Karen</i>	Firma: <i>Andreson FB</i>	Aprobado: ✓
Cargo: <i>Ing. soporte tecnico</i>	Nombre: <i>Biomedico</i>	Correctivo:
Fecha: <i>9/6/21</i>	Cargo:	Fuera de Servicio:
	Fecha: <i>09/6/2021</i>	