

DATOS DEL CLIENTE Cliente: <u>Clinica las Americas</u> Contacto: _____ Teléfono: _____ Ciudad: <u>Medellin</u> Contrato: _____ Daño fuera de Garantía: _____	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO Equipo: <u>Ventilador Mecánico</u> Marca: <u>Carefusion</u> Modelo: <u>Vela Comprehensive</u> S/N: <u>CA103173</u> Ubicación: _____ Placa: <u>DBMAVVEN080</u>
---	--

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

TRABAJOS REALIZADOS <u>Verificación física y de funcionamiento, limpieza general, probar OVP: leds, membrana, alarmas, 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 Nombre: <u>Anderson FB</u> Cargo: <u>Biomédico</u> Firma: _____	DURACIÓN DEL TRABAJO H. Llegada: <u>3pm</u> H. Salida: <u>4:30pm</u>	INSTRUMENTACIÓN S.A. Nombre: <u>Karen Monroy</u> Cargo: <u>Ing. Soporte Técnico</u> Firma: _____
---	---	--

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA		Serie: CAT03173	
Institución/Ubicación: Clínica las Amencas		Activo: DBHAYVEN0080	
Fecha: 10 / 6 / 21		HTV: 3675	
		HTT: 3675	

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			✓
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	5,71		✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	478		✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,79		✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12		✓	
5.	PIP	Monitoreada	30 ± 2 cmH ₂ O	30,5		✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,23		✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69		✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20,8		✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	29,8		✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	60,1		✓	
11.	O ₂	90%	95% - 95%	91,4		✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100		✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSL	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma: Karen Monroy C.		Firma: Anderson TB		Aprobado	✓
Nombre: Karen Monroy		Nombre: Anderson TB		Correctivo:	
Cargo: Ing. Soporte Técnico		Cargo: Biomedico		Fuera de Servicio	
Fecha: 9/6/21		Fecha: 10-6-2021			