

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clinica las Americas</u>	Equipo: <u>Ventilador Mecánico</u>
Contacto: _____	Marca: <u>CareFusion</u>
Teléfono: _____	Modelo: <u>Vela comprehensive</u>
Ciudad: <u>Medellin</u>	S/N: <u>CAT03191</u>
Contrato: _____	Ubicación: _____
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: <u>DBHVV EN092</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
☐ Periférico	☐ Filtro Emisor/Exhalación
☐ Reinstalaciones de Firmware	☐ Filtro de Solución Refrigerante
☐ Reinstalaciones de Software	☐ Fuente
☐ Reparación Completa	☐ Relevó
☐ Reparación Componentes	☐ Sonda de Bloqueo
☐ Reparación Estándar	☐ Sonda de Muestra
☐ Tarjeta Principal	☐ Teclado
☐ Otro:	☐ Válvula de Una Vía
	☐ Otro:
LÍNEA MÉDICA	
☐ Amplificador	☐ Electrodo
☐ Batería	☐ Filtro
☐ Cable	☐ Flujometro
☐ Celda O2	☐ Fuente
☐ Compresor	☐ Impresora
☐ Consola	☐ Indicador
☐ CPU	☐ Instrumental
☐ Cto. Paciente	☐ Interfase
☐ 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, pruebas</u>
<u>ovp: leds, membrana, alarmas, calibración celda O2, prueba de</u>
<u>desempeño de batería y parámetros ventilatorio, todos 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>5:30 pm</u>	Nombre: <u>Karen Monroy C.</u>
Cargo: <u>Biomedico</u>	H. Salida: <u>7 pm</u>	Cargo: <u>Ing Soporte tecnico</u>
Firma: <u>[Firma]</u>		Firma: <u>[Firma]</u>

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA		Serie: CAT03191	
Institución/Ubicación: Clínica las Amencas		Activo: DBHAYVEN002	
Fecha: 10 / 6 / 21		Servicio:	
HTV: 4597		HTT: 4597	

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 5.13	✓			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	5.65		✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	479		✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.75		✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12		✓	
5.	PIP	Monitoreada	30 ± 2 cmH ₂ O	29.97		✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.22		✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69		✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20.17		✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.5		✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	62.10		✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	92.3		✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	10.0		✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento:	Marca:	Serie:
Equipo de verificación	TSL	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

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