

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clínica las Américas</u>	Equipo: <u>Ventilador Mecánico</u>
Contacto: _____	Marca: <u>Carefusion</u>
Teléfono: _____	Modelo: <u>Vela comprehensive</u>
Ciudad: <u>Medellin</u>	S/N: <u>CAT03003</u>
Contrato: _____	Ubicación: _____
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: <u>DBMAVVEN097</u>

TIPO DE SERVICIO				
☐ Alistamiento	☐ Calibración	☐ Capacitación	☐ Correctivo	☐ Cortesía
☐ Demostración	☐ Diagnóstico	☐ Instalación	☐ Otro	☒ Preventivo

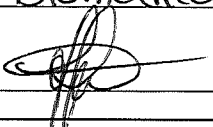
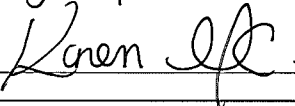
TIPO DE PROBLEMA				
☐ Electrónico	☐ Neumático	☐ Producto	☐ Software	☐ Otro Cual: _____

TIPO DE ELEMENTO					
LÍNEA COMUNICACIONES	LÍNEA ANALÍTICA	LÍNEA MÉDICA			
☐ Periférico	☐ Filtro Emisor/Exhalación	☐ Amplificador	☐ Electrodo	☐ Manguera	☐ Reactivo
☐ Reinstalaciones de Firmware	☐ Filtro de Solución Refrigerante	☐ Batería	☐ Filtro	☐ Manómetro	☐ Sensor
☐ Reinstalaciones de Software	☐ Fuente	☐ Cable	☐ Flujo metro	☐ Mezclador	☐ Software
☐ Reparación Completa	☐ Relevo	☐ Celda O2	☐ Fuente	☐ Módulo	☐ Tarjeta
☐ Reparación Componentes	☐ Sonda de Bloqueo	☐ Compresor	☐ Impresora	☐ Motor	☐ Touchscreen
☐ Reparación Estándar	☐ Sonda de Muestra	☐ Consola	☐ Indicador	☐ Operativo	☐ Transductor
☐ Tarjeta Principal	☐ Teclado	☐ CPU	☐ Instrumental	☐ Pantalla	☐ Turbina
☐ Otro:	☐ Válvula de Una Vía	☐ Cto. Paciente	☐ Interfase	☐ Pistón	☐ Válvula
	☐ Otro:	☐ Cubierta	☐ Lámpara	☐ Potenciómetro	☐ Otro

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

TRABAJOS REALIZADOS
<u>Verificación física y de funcionamiento, limpieza general, pruebas OVP: leds, membrana, alarmas, fugas, calibración celda O2, prueba de desempeño de la batería y parámetros ventilatorios, 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>3:30 pm</u>	Nombre: <u>Karen Monroy C.</u>
Cargo: <u>Biomédico</u>	H. Salida: <u>5 pm</u>	Cargo: <u>Ing. Soporte técnico</u>
Firma: 		Firma: 

IDENTIFICACIÓN

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CAT03003

Activo: DBIAVVEN097

Institución/Ubicación: Clínica Las Américas

Servicio:

Fecha: 8 / 6 / 21

HTV: 2635

HTT: 2635

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 SA,1	✓			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			✓

VERIFICACIÓN DE PARAMETROS

No.	PARAMETRO	VALOR DE REFERENCIA	RANGO DE TOLERANCIA	VALOR		CUMPLE	
				INICIAL	FINAL	SI	NO
1.	Vm	6 L	± 1.2L	6,03		✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	510		✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,34		✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12		✓	
5.	PIP	Monitoreada	30 ± 2 cmH ₂ O	30		✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,15		✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,7		✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21		✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,1		✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	60,3		✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	89,7		✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,8		✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento:	Marca:	Serie:
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: <i>[Firma]</i>	Estado:
Nombre: Ronen Monroy	Nombre: Anderson FB	Aprobado: ✓
Cargo: Ing. Soporte Técnico	Cargo: Biomedico	Correctivo:
Fecha: 8/6/21	Fecha: 09/6/2021	Fuera de Servicio: