

DATOS DEL CLIENTE

Cliente: Clínica las Américas

Contacto: _____

Teléfono: _____

Ciudad: Medellín

Contrato: _____

Daño fuera de Garantía: _____

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

Equipo: Ventilador Mecánico

Marca: Canet Fusion

Modelo: Vola comprehensue

S/N: CAP03020

Ubicación: _____

Placa: DBMAVVEN098

TIPO DE SERVICIO

☐

Alistamiento

☐

Demostración

☐

Calibración

☐

Diagnóstico

☐

Capacitación

☐

Instalación

☐

Correctivo

☐

Otro

☒

Cortesía

☐

Preventivo

TIPO DE PROBLEMA

☐

Electrónico

☐

Neumático

☐

Producto

☐

Software

☐

Otro

Cual: _____

TIPO DE ELEMENTO

LÍNEA COMUNICACIONES

☐

Periférico

☐

Reinstalaciones de Firmware

☐

Reinstalaciones de Software

☐

Reparación Completa

☐

Reparación Componentes

☐

Reparación Estándar

☐

Tarjeta Principal

☐

Otro: _____

LÍNEA ANALÍTICA

☐

Filtro Emisor/Exhalación

☐

Filtro de Solución Refrigerante

☐

Fuente

☐

Relevo

☐

Sonda de Bloqueo

☐

Sonda de Muestra

☐

Teclado

☐

Válvula de Una Vía

☐

Otro: _____

LÍNEA MÉDICA

☐

Amplificador

☐

Batería

☐

Cable

☐

Celda O2

☐

Compresor

☐

Consola

☐

CPU

☐

Cto. Paciente

☐

Cubierta

☐

Electrodo

☐

Filtro

☐

Flujometro

☐

Fuente

☐

Impresora

☐

Indicador

☐

Instrumental

☐

Interfase

☐

Lámpara

☐

Manguera

☐

Manómetro

☐

Mezclador

☐

Módulo

☐

Motor

☐

Operativo

☐

Pantalla

☐

Pistón

☐

Potenciometro

☐

Reactivo

☐

Sensor

☐

Software

☐

Tarjeta

☐

Touchscreen

☐

Transductor

☐

Turbina

☐

Válvula

☐

Otro

PROBLEMA:

Vista #2 de mantenimiento preventivo por garantía.

TRABAJOS REALIZADOS

Verificación física y de funcionamiento, limpieza general, pruebas ov: led, membrana, alambres, fugas, calibración celda O2, prueba de desempeño de batería y parámetros ventilatorios, todas OK.

Anexo protocolo de mantenimiento.

OBSERVACIONES:

Equipo en correcto funcionamiento

CLIENTE

Nombre: Anderson FB

Cargo: Biomédico

Firma: _____

DURACIÓN DEL TRABAJO

H. Llegada: 9:30 am

H. Salida: 11 am

INSTRUMENTACIÓN S.A.

Nombre: Karen Monroy C.

Cargo: Ing. Soporte Técnico

Firma: _____

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CAT03020

Activo: DBMAYVEN098

Institución/Ubicación: Clínica las Américas

Servicio:

Fecha: 10 / 6 / 21

HTV: 3196

HTT: 3196

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 8513	✓			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	5,72		✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	478		✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,85		✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12		✓	
5.	PIP	Monitoreada	30 ± 2 cmH ₂ O	30,4		✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,23		✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69		✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21		✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,6		✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61,5		✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	91,8		✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,9		✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución	Estado
Firma: Karen Monroy C.	Firma: [Firma]	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		