

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clinica Comfamiliar</u>	Equipo: <u>Ventilador de Paciente</u>
Contacto: <u>Liza</u>	Marca: <u>Carefusion</u>
Teléfono: <u>314 5426 308</u>	Modelo: <u>Vela</u>
Ciudad: <u>Pereira</u>	S/N: <u>CAT03031</u>
Contrato: _____	Ubicación: <u>UCC</u>
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: <u>N/A</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/Exhalación	☐ Amplificador
☐ Reinstalaciones de Firmware	☐ Filtro de Solución Refrigerante	☐ Batería
☐ Reinstalaciones de Software	☐ Fuente	☐ Cable
☐ Reparación Completa	☐ Relevó	☐ Celda O2
☐ Reparación Componentes	☐ Sonda de Bloqueo	☐ Compresor
☐ Reparación Estándar	☐ Sonda de Muestra	☐ Consola
☐ Tarjeta Principal	☐ Teclado	☐ CPU
☐ Otro:	☐ Válvula de Una Vía	☐ Cto. Paciente
	☐ Otro:	☐ Cubierta
		☐ Electrodo
		☐ Filtro
		☐ Flujoómetro
		☐ 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: Visita #2 de mantenimiento preventivo por garantía.

TRABAJOS REALIZADOS

Verificación física y de funcionamiento, limpieza general
Pruebas OVP: leds, teclas, alarmas, fugas, calibración de
celda de O2, Pruebas de desempeño de batería
y parámetros Ventilatorios, todas OK.
anexo protocolo de mantenimiento.

OBSERVACIONES: Equipo funciona correctamente.

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>Patricio Ocampo</u>	H. Llegada: <u>11:30 am</u>	Nombre: <u>Karen Monroy C.</u>
Cargo: <u>Ing. BPO-Pericia</u>	H. Salida: <u>1 pm</u>	Cargo: <u>Ing. Soporte Técnico</u>
Firma: <u>Patricio O.</u>		Firma: <u>Karen C.</u>

IDENTIFICACIÓN

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CAT 03031

Activo:

Institución/Ubicación: Clínica Comfamiliar

Servicio: UG

Fecha: 21/6/21

HTV: 4422

HTT: 4422

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			✓

VERIFICACIÓN DE PARÁMETROS

No.	PARÁMETRO	VALOR DE REFERENCIA	RANGO DE TOLERANCIA	VALOR		CUMPLE	
				INICIAL	FINAL	SI	NO
1.	Vm	6 L	± 1.2L	5.82		✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	502		✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.65		✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12		✓	
5.	PIP	Monitoreada	30 ± 2 cmH ₂ O	30		✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.24		✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69		✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21.1		✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.9		✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	60.1		✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	92.1		✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100		✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma:	[Firma]	Firma:	[Firma]	Aprobado	✓
Nombre:	[Nombre]	Nombre:	[Nombre]	Correctivo	
Cargo:	[Cargo]	Cargo:	[Cargo]	Fuera de Servicio	
Fecha:	[Fecha]	Fecha:	[Fecha]		