

DATOS DEL CLIENTE

Cliente: Clinica Los Rosales
Contacto: Jose Luis Aguirre
Teléfono: 311 3208417
Ciudad: Perreira
Contrato: _____
Daño fuera de Garantía: _____

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

Equipo: Ventilador de Puente
Marca: Carefusion
Modelo: VELA
S/N: CAT02994
Ubicación: UCI Intermedios
Placa: _____

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

☐ Periférico
☐ Reinstalaciones de Firmware
☐ Reinstalaciones de Software
☐ Reparación Completa
☐ Reparación Componentes
☐ Reparación Estándar
☐ Tarjeta Principal
☐ Otro: _____

LÍNEA ANALÍTICA

☐ Filtro Emisor/Expiración
☐ Filtro de Solución Refrigerante
☐ Fuente
☐ Relevé
☐ Sonda de Bloqueo
☐ Sonda de Muestra
☐ Teclado
☐ Válvula de Una Vía
☐ Otro: _____

LÍNEA MÉDICA

☐ Amplificador ☐ Electrodo ☐ Manguera ☐ Reactivo
☐ Batería ☐ Filtro ☐ Manómetro ☐ Sensor
☐ Cable ☐ Flujo metro ☐ Mezclador ☐ Software
☐ Celda O2 ☐ Módulo ☐ Tarjeta
☐ Compresor ☐ Impresora ☐ Motor ☐ Touchscreen
☐ Consola ☐ Indicador ☐ Operativo ☐ Transductor
☐ CPU ☐ Instrumental ☐ Pantalla ☐ Turbina
☐ Cto. Paciente ☐ Interfase ☐ Pistón ☐ Válvula
☐ Cubierta ☐ Lámpara ☐ Potenciometro ☐ Otro

PROBLEMA:

Visita # 1 de Garantía. Mantenimiento Preventivo

TRABAJOS REALIZADOS

Horas: 533 HTI: 533
Inspección física del equipo, limpieza interna y externa. Pruebas OVP.
Alistamos, fectos, fugas, leds indicadores, calibración de sensor O2 todas OK.
Pruebas de desempeño, batería, y de parámetros ventilatorios todos OK. y
reportados en protocolo de mantenimiento adjunto.

OBSERVACIONES:

Equipo sin GUIA RÁPIDA plastificada.

CLIENTE

Nombre: Jose Luis Aguirre C.
Cargo: Ingeniero Biomedico
T.P. 17244 - 429293 CID
R.I RH 201908 - 480
Firma: _____

DURACIÓN DEL TRABAJO

H. Llegada: 11:00 am
H. Salida: 1:00 pm

INSTRUMENTACIÓN S.A.

Nombre: Edgar I. Tono P.
Cargo: Support Técnico
Firma: _____

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA		Serie: CAT02994	
Institución/Ubicación: Clínica Los Rosales		Servicio: UIC Intermedios	
Fecha: 05/11/2020		HTV: 533	
		HTT: 533	

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	5.7	5.7	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	474	473	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	5	4.7	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	33.1	33.1	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.2	1:6.2	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69	0.69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20.4	20.5	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30	30.2	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61.6	61.8	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	91.2	91.3	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100	100	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030010

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma:	<i>[Firma]</i>	Firma:	<i>[Firma]</i>	Aprobado	✓
Nombre:	Edgar Muñoz C.	Nombre:	Ing. José Luis Aguilar C.	Correctivo	
Cargo:	Soporte Técnico	Cargo:	Ing. José Luis Aguilar C.	Fuera de Servicio	
Fecha:	05-11-2020	Fecha:	05-11-2020		