

VERBALE DI COLLAUDO

SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI – SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA
AZIENDA ULSS5 POLESANA

Riferimento Commessa: IC 393

In data 09/03/2023 si è provveduto al collaudo tecnico delle sotto elencate apparecchiature fornite con DDT ...2016 del 12/01/2023....., relative all'ordine...1169 del 12/01/2023, fornite dalla Ditta TRIVENETA MEDICAL TECHNOLOGY

Elenco apparecchiature:

N° Inventario	DESCRIZIONE MATERIALE	Matricola	Costruttore	Reparto
358439	RADIOBISTURI TS200	TS471010 -1		UOC OCOLISTICA

Dati di Accettazione dell'apparecchiatura

Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corrispondenza al tipo e modello indicato nell'ordine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esistenza del Manuale d'uso in lingua italiana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esistenza della documentazione tecnica di accompagnamento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dati Elettrici

Tensione Alimentazione: _____
 Necessità Bombe: SI NO
 Num. Bombe: _____
 capacità bombe: _____
 Tipo Gas _____

Tipo di attacco gas

Classe elettrica I	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Classe elettrica II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Classe elettrica AI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo elettrico B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo elettrico BF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo elettrico CF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morsetto terra di protezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morsetto terra di equipotenzialità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morsetto terra funzionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cavo di alimentazione Separabile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cavo di alimentazione Non Separabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marchi e Norme

L'apparecchio è accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (D.L.46/97)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'apparecchio è di classe 1 (93/42/CEE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'apparecchio è di classe 2a (93/42/CEE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'apparecchio è di classe 2b (93/42/CEE)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'apparecchio è di classe 3 (93/42/CEE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali particolari	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alla presenza dei sotto indicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per la/le apparecchiatura/e sopra indicata/e che ha dato luogo ai seguenti risultati:


1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante SI NO
2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto SI NO
3. Il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso SI NO
4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso SI NO
5. verifica della corrispondenza della fornitura all'ordine :POSITIVA NEGATIVA
6. prove di funzionamento: POSITIVA NEGATIVA

Lista delle prove funzionali:


- 7.collegamento idrico ADEGUATO NON ADEGUATO NON PRESENTE
 - 8.scarico idrico ADEGUATO NON ADEGUATO NON PRESENTE
 - 9.libretto uso manutenzione in lingua italiana SI NO
 - 10.marcatatura CE e dichiarazione di conformità SI NO
- NOTE: _____
- 11.presenza delle verifiche elettriche : SI NO NOTE: _____

Esito collaudo : POSITIVO

Garanzia : 24 MESI

Firma del Tecnico Ditta Fornitrice FLAVIO ORRANI  Data: 09/03/23

Firma del Responsabile Sanitario  Data: 09/03/23

Firma del personale Tecnico (SIC) DAVIDE LEUCCI  Data: 09/03/23

Firma del Responsabile S.P.P. _____ Data: _____

Altri _____ Data: _____

Note