

IC 355

In data 11/05/2023 si è provveduto al collaudo tecnico delle sotto elencate apparecchiature fornite con DDT ~~2342~~ del 09/03/2023, relative all'ordine n. 30650 del 07/11/2022, aggiudicate con Deliberazione del Direttore Generale n.1174 del 29/09/2022, fornite dalla Ditta GE Medical Systems Italia S.p.A.

Elenco apparecchiature:

N° Inventario	DESCRIZIONE MATERIALE	Matricola	Identificativo Sistema	Costruttore	Reparto
358234	SPECT/CT Xeleris V	89202681	A5125160	GE Healthcare	UOC Medicina Nucleare

Dati di Accettazione dell'apparechiatura

Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio	SI	NO	NR
Corrispondenza al tipo e modello indicato nell'ordine	SI	NO	NR
Esistenza del Manuale d'uso in lingua italiana	SI	NO	NR
Esistenza della documentazione tecnica di accompagnamento	SI	NO	NR

Dati Elettrici

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

Classe elettrica I	SI	NO	NR
Classe elettrica II	SI	NO	NR
Classe elettrica AI	SI	NO	NR
Tipo elettrico B	SI	NO	NR
Tipo elettrico BF	SI	NO	NR
Tipo elettrico CF	SI	NO	NR
Morsetto terra di protezione	SI	NO	NR
Morsetto terra di equipotenzialità	SI	NO	NR
Morsetto terra funzionale	SI	NO	NR
Cavo di alimentazione Separabile	SI	NO	NR
Cavo di alimentazione Non Separabile	SI	NO	NR

Tipo di attacco gas

Marchi e Norme

L'apparecchio è accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (D.L.46/97)	SI	NO	NR
L'apparecchio è di classe 1 (93/42/CEE)	SI	NO	NR
L'apparecchio è di classe 2a (93/42/CEE)	SI	NO	NR
L'apparecchio è di classe 2b (93/42/CEE)	SI	NO	NR
L'apparecchio è di classe 3 (93/42/CEE)	SI	NO	NR
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali particolari	SI	NO	NR

VERBALE DI COLLAUDO

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

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.marcatura CE e dichiarazione di conformità SI NO
- NOTE: _____
- 11.presenza delle verifiche elettriche : SI NO NOTE: _____

Esito collaudo : POSITIVO

Garanzia : 24 mesi + 72 mesi

Firma del Tecnico Ditta Fornitrice [Signature] Data: 11/05/23

Firma del Responsabile Sanitario [Signature] Data: 11/05/23

Firma del personale Tecnico (SIC) [Signature] Data: 11/05/23

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

Firma del Responsabile UOC Fisica Sanitaria [Signature] Data: 11/05/23

Altri ELENA OREFALDI [Signature] Data: 11/05/23

Note