Vs. riferimento

Ns. riferimento 2025/<u>01835</u>-01811<u>-</u>01790-

01797-00972-F00118

Ns. sigle Data 2025-08091025 08/09/2025 Spett.le
Azienda USL di Pescara
UOC Ingegneria Clinica - HTA
via Paolini, 47
65124 Pescara

c.a. Ing. D. Rinaldi Ing. V. Lo Mele

OGGETTO:

U

2025-08091025 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2025/01835-01811-01790-01797-

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito delle richieste del reparto elencate siamo a riportare di seguito il dettaglio per ogni richiesta:

- 2025/01835 del 20/08/2025: Holter ECG Microport Spiderview c/o il DSB di Scafa, inv. E014150, richiesta reparto:" si richiedono cavetti in sostituzione perché usurati e uno completamente rotto".
- 2025/01811 del 14/08/2025: Elettrobisturi Erbe Vio 300S c/o il Blocco Operatorio del PO di Pescara, inv. E003869, richiesta reparto:"
- 2025/01790 del 11/08/2025: Elettrobisturi Erbe Vio 3 c/o il Blocco Operatorio del PO di Penne, inv. E000013, richiesta reparto:" si richiede fornitura di 5 cavi bipolari per elettrobisturi".
- 2025/01797 del 12/08/2025: Holter ECG Microport Spiderview c/o la Cardiologia del PO di Pescara, inv. E013308, richiesta reparto:"
   si richiedono n. 6 schede di memoria di lunga durata per i dispositivi holter".
- 2025/00972 del 29/04/2025: Letto Givas AV4110, in garanzia, c/o la Ginecologia del PO di Pescara, inv. E014237, richiesta reparto:"
   Maniglione laterale dx da spostare all'altezza del sinistro", siamo intervenuti riscontrando la lesione del cuscino reggigambe.
- 2025/F00118 del 22/07/2025: Defibrillatore Nihon Kohden AED 2151 K c/o UOC Ematologia del PO di Pescara, inv. E001019, a seguito di verifica funzionale abbiamo riscontrando la necessità di sostituzione della batteria.

Pertanto, ci pregiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la fornitura di quanto riportato in elenco, applicando un ricarico del prezzo del apparecchiature:

Quantità	Richiesta	Descrizione	Prezzo Unitario	_
22	Tutte	Installazione e controllo funzionale	2.640 €	Prezzo Totale
1	2025/01835	Cavo ECG 7 vie	240,00 €	0€
3	2025/01811	Cavo bipolare Aesculap	265,00 €	240,00 €
5	2025/01790	Cavo bipolare 300cm non orig.	110,00 €	795,00 €
6	2025/01797	Scheda di memoria 2gb sorin orig.	250,00 €	550,00€
1	2025/00972	Gambale givas orig.	210,00 €	1.500,00 €
1	2025/F00118	Batteria orig. Per AED		210,00 €
			410,00 €	410,00 €
		PREZZO TOT	3.705,00 €+	IVA

Distinti saluti La Direzione Tecnica

Associazione Temporanea d'Impresa Siemens Healthcare srl Hospital Consulting spa Marifarma FM srla c/o Azienda USL di Pescara Via Paolini, 47 65100 Pescara tel. 085.4252963 fax 085.4252964

pagina 1 di 1









## RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICH							
Data Richiesta:		82025					
Richiedente:	dott.	DE SAN	CTIS		Num		
Presidio/Distretto		SCAFA	******************		Telefo	no: 882	6
Reparto:		CARDIC	DLOGIA				
Inventario N.PE/:		THE R. LEWIS CO.					
Barrare se applicabile	☐ Cor	modato/Le	asing/Service	bligatorio se pre	esente)		
Apparecchiatura:	HOLT	ER ECG	idaning/ Sel Vice				
Ditta Costruttrice:	Part Transfer		*****************				
Modello:	SPIDE	ERVIEW	****************				
SEGNALAZIONE GU			UTCALL	Matric	ola/Seria	e: E014	150
Apparecchio com	ıpletamer	nte fermo		mara-k!	and the		_
Descrizione guasto/inc				parecchio parz	ialmente fu	ınzionante	•
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	convenier	ite	or nonledollo C	avetti in sostituzione p	erche' usurati e	uno completam	ente rotto
	**************						
				*****************	······································	A	
	*************	•••••••			Z	,	p
NON COMPILARE (CON				FIRMA RICH		dott.DE	SANCTIS
NON COMPILARE (con				FIRMA RICH		dott.DE	SANCTIS
	mpilazione		'ufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE:		
Contratto ATI	mpilazione N	<i>a cura dell</i>	'ufficio ATI)		IEDENTE:		SANCTIS
Contratto ATI Garanzia:	mpilazione N	a cura dell	'ufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE:		
Contratto ATI Garanzia:  omodato/Leasing/	mpilazione N	e a cura dell l° ODL: itta:	'ufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE:	الم elefono:	
Contratto ATI Garanzia: omodato/Leasing/ ervice:	Milloria No.	e a cura dell l° ODL: itta: ontatto:	'ufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE:	rca elefono: ntervento	
Contratto ATI Garanzia: omodato/Leasing/ ervice: onvenz. non di	Milloria No.	e a cura delle  ODL:  itta:  ontatto;  eventivo	'ufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE:	relefono: ntervento revisto il:	
NON COMPILARE (con Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ ervice: Convenz. non di Coprietà:	O Di	e a cura delle  ODL:  itta:  ontatto:  eventivo	'ufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE:	rca elefono: ntervento	
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ ervice: Convenz. non di	O Di	e a cura delle  ODL:  itta:  ontatto;  eventivo	'ufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE: T	relefono: ntervento revisto il: Data reventivo: Data	
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ ervice: Convenz. non di Coprietà: Con competenza ATI:	O Di O Pre	e a cura delle  ODL:  itta:  ontatto:  eventivo  oltrato a:	rufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE: T	relefono: ntervento revisto il: Data reventivo:	
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ ervice: Convenz. non di Coprietà: Con competenza ATI:	O Di O Pre	e a cura delle  ODL:  itta:  ontatto:  eventivo  oltrato a:	'ufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE: T	relefono: ntervento revisto il: Data reventivo: Data	
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ ervice: Convenz. non di Coprietà: Con competenza ATI:	O Di O Co O Pre N° O Inc	e a cura delle  le ODL:  itta:  itta:  contatto:  eventivo  coltrato a:  ione a cura delle  ione a cura dell	fufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE: T	relefono: ntervento revisto il: Data reventivo: Data	
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ ervice: Convenz. non di Coprietà: Con competenza ATI:	O Di O Co O Pre N° O Inc	e a cura delle  le ODL:  itta:  itta:  contatto:  eventivo  coltrato a:  ione a cura delle  ione a cura dell	fufficio ATI)	FIRMA RICH	IEDENTE: T	relefono: ntervento revisto il: Data reventivo: Data	



Omniacell Terlia Srl - Via Dante Alighieri 8, 50028 - Barberino-Tavarnelle - (FI) - Italy Tel: +39 055-8068060 - Fax: +39 055-8078382 - Mobile: +39 335-5948287



Codice Fornitore:

Causale Spedizione: Vendita

Numero DDT: 6253

Del 29/08/2025

Pag. 1

Destinatario/Sede Legale: SIEMENS HEALTHCARE Srl

Via Vipiteno 4

20128 Milano (MI) (IT) Partita IVA o codice fiscale

IT 12268050155 Destinazione merce:

SIEMENS HEALTHCARE Srl C/AUSL Pescara - Osped. Santo Spirito

Via Paolini, 45

65124 Pescara ( PE ) ( IT )

Codice Articolo	Codice	Descrizione Articolo	Coding Latt	1 - 1		
JNITA'	OPERATIVA	SIC PESCARA	Codice Lotto	Qtà	Prezzo	Sconto in %
SALDO	VS ORDINE	N° 4532698231 DEL 25/08/2025				
		Rif.offerta n.: 13500 del 22/08/2025	· ·			
440065		CAVO ECG 7 VIE BOTTONE RC017 ORIG HOLTER SPIDERVIEW, SYNEFLASH - (Sostituisce il	2415673	Pz 1,00		
		Ref. Orig. RC019)	fr section			
					v	
				F		
				£ .		
				. : 4	-  -	
X						

eso lordo

Annotazioni Generiche:

Aspetto esteriore dei beni: SCATOLA

Numero colli

CORRIERE: Vettore

TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO: Franco C/Addebito

DATA/ORA RITIRO

**03 TNT** Via della Resistenza 53035 Monteriggioni Si

Timbro e Firma Conducente: 29/08/2025 10:12

Timbro e Firma Destinatario:

Si invita il destinatario a controllare l'integrità della spedizione al momento della consegna. In caso di imballo visibilmente danneggiato, ritirare la merce con riserva. Non si accettanto contestazioni e/o resi, superati otto (8) giorni dal ricevimento della spedizione. Il reso merce è soggetto ad una regolamentazione interna e deve essere tassativamente autorizzato da Omniacell Tertia Sri. Si informa inoltre che la merce viaggia a rischio e pericolo del destinatario se spedita in porto assegnato.

Omniacell Tertia Srl - Via Dante Alighieri, 8 - 50028 - Barberino Tavarnelle (FI)

C.F.- P.Iva - Iscr. Registro Imprese: 01013500523 - R.E.A. 659821 C.C.I.A.A. di Firenze - Capitale sociale € 25.822,84 Registro Nazionale Pile: IT09060P00000998 - Registro Nazionale AEE: IT09120000006402 - Contributo CONAl assolto ove dovuto INFORMATIVA PRIVACY: i dati esposti nel documento saranno utilizzati soltanto per fini contabili ed amministrativi nel rispetto dell'Art 13 D.L.q.s. 196/2003



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE DETTAGLI INTERVENTO Codice 2025/01835/05 Data Inizio 05/09/2025 Tipo Straordinaria Ora Inizio 12:15 Data Fine 05/09/2025 Ora Fine 12:45 DETTAGLI APPARECCHIATURA Codice Apparecchio E014150 Presidio DSB Scafa Descrizione REGISTRATORE HOLTER ECG Reparto DSB SCAFA Costruttore MICROPORT CRM SRL Stanza DSB di Scafa via della Stazione | 1 | AMB. CARDIOLOGIA Modello SPIDERVIEW Matricola SJ2310327A Inventario Ente GUASTO RISCONTRATO come da descrizione DESCRIZIONE INTERVENTO Consegna nuovo cavo 7 vie. Ore lavoro 00:30 Ore viaggio 00:00 MATERIALI IMPIEGATI Codice. Descrizione Quantità Rifatturabile RC017 cavo per spiderview 7 vie NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO UTENTE PER PRESA VISIONE Cognome Nome Giuliani Federico Cognome Nome The film Zaccagnini Emiliana Busy



### RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHI	STA (compilazione a cura del richiedente)
Data Richiesta: Richiedente: Presidio/Distretto:	14 08 25  ROBERTA ARRIZA Telefono: 2735  R€
Reparto:	BO 0RL
Inventario N.PE/:	E003869 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile	Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura:	CAVO BIRXARE AESCULAR
Ditta Costruttrice:	
Modello:	Gルー 130 Matricola/Seriale:
SEGNALAZIONE GU	ASTO/INCONVENIENTE
	eletamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante
Descrizione guasto/inc	F
	SI RICHIEDE FORDITURO DI USB PEZZI  FIRMA RICHIEDENTE
NON COMPILARE (cor	pilazione a cura dell'ufficio ATI)
Contratto ATI	N° ODL: 2025/01811 SACH
Garanzia:	O Ditta: Telefono:
Comodato/Leasing/ Service:	Contatto: Intervento previsto il:
Convenz. non di Proprietà:	Preventivo Data Preventivo:
Non competenza ATI:	O Inoltrato a: Data Inoltrato:
Commenti/Altro:	compilazione a cura dell'ufficio ATI)
	STRAGRAMANA
AG 1 di 1	1 4 4 4 4 1 1 4 1 1

MOD PE RICH MAIL 4.2



#### RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01811/02

Data Inizio 18/08/2025 Ora Inizio 10:30 Tipo Straordinaria

Data Fine 18/08/2025

Ora Fine 10:50

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E003869

Descrizione ELETTROBISTURI MONOPOLARE / BIPOLARE

Costruttore ERBE ELEKTROMEDIZIN GMBH

Modello VIO 300 S Presidio PO Pescara

Reparto UOSD GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEL BLOCCO OPERATORIO

Stanza PE | TERRA | SALA 3

Matricola 11294497

Inventario Ente A002579

GUASTO RISCONTRATO

si richiede 3 cavi bipolari gn 130

DESCRIZIONE INTERVENTO

si consegnano 3 cavi bipolari gn130

Ore lavoro 00:20

Ore viaggio 00:00

Quantità

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Rifatturabile

gn130

cavo bipolare

3

NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utifizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utifizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utifizzabile, nell'esito è indicato anche

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome Crisante Sacha

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

rompicapo

F.M. William

# RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it via FAX (int):2964 (est):085-4252964

	HIESTA (compilazione a cura del richiede	The state of the s
Data Richiesta:	11.08-2015	
Richiedente:	SALLETTA MAUNITIO	Numero:
Presidio/Distrett	o: PENNR	Telefono:6.279
Reparto:		
Inventario N.PE/:	90015 COUT	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Barrare se applicabile	☐ Comodato/Leasing/Service	prio se presente)
Apparecchiatura:	F.CETTA-RICTURE!	
Ditta Costruttrice	FRRE ELEKTROHENZ	**************************************
Modello:	FRRE VIDS	1.0
EGNALAZIONE G	UASTO/INCONVENIENTE	Matricola/Seriale: 613.029202
Apparecchio cor		
escrizione quasto/ir	mpletamente fermo Apparec	cchio parzialmente funzionante
BITOLARI	nconveniente SI RICHIED	DE FORNITURE DI 5 CAVI
	PER ELETTADSISTUKI ES	00923-0
***********************		***************************************
	***************************************	***************************************
	***************************************	MA RICHIEDENTE: John Jane
ON COMPILARE (co	FIRM pmpilazione a cura dell'ufficio ATI)	***************************************
ON COMPILARE (co	Prompilazione a cura dell'ufficio ATI)	MA RICHIEDENTE: Shill A. C.
ON COMPILARE (co	FIRM pmpilazione a cura dell'ufficio ATI)	MA RICHIEDENTE: SULLA COLLANDO DE LA COLLANDO DEL COLLANDO DE LA COLLANDO DE LA COLLANDO DE LA COLLANDO DE LA COLLANDO DEL COLLANDO DE LA COLLANDO DEL COLLANDO DE LA COLLANDO DE LA COLLANDO DEL COLLANDO DE LA COLLANDO DEL COLLANDO DE LA COLLANDO DE LA COLLANDO DE LA COLLANDO DEL COLLANDO DEL COLLANDO DE LA COLLANDO DEL
on compilare (contratto ATI ranzia:	Prompilazione a cura dell'ufficio ATI)  N° ODL: 2-25/  O Ditta:	MA RICHIEDENTE: Sold A. C.
on COMPILARE (contratto ATI ranzia: modato/Leasing/ vice:	Proprieta in the second of the	MA RICHIEDENTE: SALA CARA CARA CARA CARA CARA CARA CARA C
on compilare (contratto ATI  pranzia: modato/Leasing/ vice: nvenz. non di	Preventivo  FIRM  Propries ATT  Propries ATT  N° ODL: 2-25  O Ditta:  O Contatto:	MA RICHIEDENTE: SALA CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE PROPERT
on compilare (contratto ATI  ranzia:  modato/Leasing/ vice:  nvenz. non di prietà:	FIRM Ompilazione a cura dell'ufficio ATI)  N° ODL:  Ditta:  Contatto:	MA RICHIEDENTE: John Control of the
***************************************	Preventivo  FIRM  Propries ATT  Propries ATT  N° ODL: 2-25  O Ditta:  O Contatto:	MA RICHIEDENTE: John Color Col
on compilare (contratto ATI  ranzia: modato/Leasing/ vice: vice: venz. non di prietà: competenza ATI:	Preventivo N° Inoltrato a:	MA RICHIEDENTE: John Color Col
on compilare (contratto ATI  pranzia: modato/Leasing/ vice: nvenz. non di prietà: competenza ATI:	Preventivo N° ODL:  O Preventivo N°	MA RICHIEDENTE: John Color Col
on compilare (contratto ATI  pranzia: modato/Leasing/ rvice: nvenz. non di prietà: competenza ATI:	Preventivo N° Inoltrato a:	MA RICHIEDENTE: John Communication of the communica
on compilare (contratto ATI  pranzia: modato/Leasing/ rvice: nvenz. non di prietà: competenza ATI: menti/Altro:	Preventivo N° ODL: O preventivo N° ODItrato a: O compilazione a cura dell'ufficio ATI).	MA RICHIEDENTE: Data Preventivo:  Data Inoltrato:
on compilare (contratto ATI  pranzia: modato/Leasing/ rvice: nvenz. non di prietà: competenza ATI:	Preventivo N° Inoltrato a:	MA RICHIEDENTE: Data Preventivo:  Data Inoltrato:



Omniacell Tertia Srl - Via Dante Alighieri 8, 50028 - Barberino-Tavarnelle - (FI) - Italy Tel: +39 055-8068060 - Fax: +39 055-8078382 - Mobile: +39 335-5948287



Codice Fornitore:

Causale Spedizione: Vendita

Numero DDT: 6133

Del 26/08/2025

Pag.

Destinatario/Sede Legale: SIEMENS HEALTHCARE Srl

Via Vipiteno 4 20128 Milano ( MI ) ( IT ) Partita IVA o codice fiscale

IT 12268050155 Destinazione merce:

SIEMENS HEALTHCARE SrI C/AUSL Pescara - Osped. Santo Spirito Via Paolini, 45

65124 Pescara ( PE ) ( IT )

Codice Articolo	Codice	Descrizione Articolo					
UNITA'	OPERATIVA	SIC PESCARA	Codice Lotto		Qtà	Prezzo	Scento in
SALDO	VS ORDINE	N° 4532677378 DEL 14/08/2025	3	1			Scotto in
		Rif.offerta n.: 13138 del 13/08/2025					
1441211F		CAVO BIPOLARE 4mm/4mm 300cm NON ORIG. C/CONNETTORE EUROPEO	0132687	Pz	1,00		
1441211F		CAVO BIPOLARE 4mm/4mm 300cm NON ORIG. C/CONNETTORE EUROPEO	0132686	Pz	1,00		
441211F 441211F		CAVO BIPOLARE 4mm/4mm 300cm NON ORIG. C/CONNETTORE EUROPEO	0132685	Pz	1,00	*	-4
441211F		CAVO BIPOLARE 4mm/4mm 300cm NON ORIG. C/CONNETTORE EUROPEO	0132684	Pz	1,00		
1712115		CAVO BIPOLARE 4mm/4mm 300cm NON ORIG. C/CONNETTORE EUROPEO	0132683	Pz	1,00		
				1 a			**
			**				
eso netto Pes	so lordo An	notazioni Generiche:					

Aspetto esteriore dei beni: SCATOLA

Numero colli

CORRIERE:

TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO: Franco C/Addebito

DATA/ORA RITIRO

Timbro e Firma Conducente:

03 TNT

Via della Resistenza 53035 Monteriggioni Si

26/08/2025 11:48

Si invita il destinatario a controllare l'integrità della spedizione al momento della consegna. In caso di imballo visibilmente danneggiato, ritirare la merce con riserva. Non si accettanto contestazioni e/o resi, superati otto (8) giorni dal ricevimento della spedizione. Il reso merce è soggetto ad una regolamentazione interna e deve essere tassativamente autorizzato da Omniacell Tertia Srl. Si informa inoltre che la merce viaggia a rischio e pericolo del destinatario se spedita in porto assegnato.

Omniacell Tertia Srl - Via Dante Alighieri, 8 - 50028 - Barberino Tavarnelle (FI)

C.F.- P.Iva - Iscr. Registro Imprese: 01013500523 - R.E.A. 659821 C.C.I.A.A. di Firenze - Capitale sociale € 25.822,84

Registro Nazionale Pile: IT09050P00000998 - Registro Nazionale AEE: IT09120000006402 - Contributo CONAI assolto ove dovuto INFORMATIVA PRIVACY: i dati esposti nel documento saranno utilizzati soltanto per fini contabili ed amministrativi nel risnato dell'Ale 12 D



#### RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01790/05 Data Inizio 02/09/2025

Ora Inizio 11:55

Tipo Straordinaria

Data Fine 02/09/2025

Ora Fine 12:15

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E000013

Descrizione ELETTROBISTURI MONOPOLARE / BIPOLARE

Costruttore ERBE ELEKTROMEDIZIN GMBH Modello

VIO 3

Presidio PO Penne

Reparto Gruppo Operatorio-Penne

Stanza /

Matricola 11471257

Inventario Ente 90015

GUASTO RISCONTRATO

consegna 5 cavi bipolari

DESCRIZIONE INTERVENTO

si consegnano non cavi bipolari

Ore lavoro 00:20

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Rifatturabile

esu-bp/aa

cavo bipolare

Quantità 5

NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Ullitzzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome Cipriani Matteo

Offeri Statter

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

maurizio salzetta

Sopt. 35. ....



### RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHI	ESTA	(compilazione	a cura dei richiedente)			
Data Richiesta:		8-2025		Nume	)ro	
Richiedente:	ricci	stefania		Telefo		
Presidio/Distretto:	ос р	e		releio		
Reparto:	card	iologia aml	oulatorio holter		***************************************	
Inventario N.PE/:	E013	308	(Obbligatorio se pi			
Barrare se applicabile	□ c	omodato/Lea	asing/Service	resente		
Apparecchiatura:		.TER				
Ditta Costruttrice:	SPIE	DERVIEW			*************	
Modello:			Mate	icolo/Sovie		
SEGNALAZIONE GU	ASTO	/INCONVEN	Matr	icola/Seria	ie:	
Apparecchio com				arzialmonto f		
	piccaiii		Apparecchio pa			
	onvoni	ionto	si richiedono n 6 schodo di ma	anaania di l		
Descrizione guasto/inc	conveni	iente	si richiedono n.6 schede di me	emoria di lunga d	urata per i disp	ositivi holter
	conveni	iente	si richiedono n.6 schede di me	emoria di lunga c	urata per i disp	ositivi holter
	conveni	iente	si richiedono n.6 schede di me	emoria di lunga c	urata per i disp	ositivi holter
Descrizione guasto/inc			FIRMA DIC			
			FIRMA DIC	emoria di lunga c		
Descrizione guasto/inc			FIRMA DIC	CHIEDENTE:		
Descrizione guasto/inc		ne a cura dell	FIRMA RIC (ufficio ATI)	CHIEDENTE:		
Descrizione guasto/inc		ne a cura dell	FIRMA RIC (ufficio ATI)	CHIEDENTE:	ricci stefa Telefono: Intervento	
Descrizione guasto/inc		ne a cura dell  N° ODL:  Ditta:	FIRMA RIC (ufficio ATI)	CHIEDENTE:	ricci stefa Telefono: Intervento previsto il: Data	
Descrizione guasto/inc  NON COMPILARE (con  Contratto ATI  Comodato/Leasing/ Cervice: Convenz. non di Proprietà:		N° ODL: Ditta: Contatto: Preventivo	FIRMA RIC (ufficio ATI)	CHIEDENTE:	ricci stefa  Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data	
NON COMPILARE (configuration) Contratto ATI Comodato/Leasing/Service: Convenz. non di Proprietà:	mpilazio O O	ne a cura dell  N° ODL:  Ditta:  Contatto:  Preventivo N°  Inoltrato a:	FIRMA RIC	CHIEDENTE:	ricci stefa  Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data Inoltrato:	
NON COMPILARE (configuration) Contratto ATI Comodato/Leasing/Service: Convenz. non di Proprietà:	mpilazio O O	ne a cura dell  N° ODL:  Ditta:  Contatto:  Preventivo N°  Inoltrato a:	FIRMA RIC (ufficio ATI)	CHIEDENTE:	ricci stefa  Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data Inoltrato:	



Omniacell Tertia Srl - Via Dante Alighieri 8, 50028 - Barberino-Tavamelle - (FI) - Italy Tel: +39 055-8068060 - Fax: +39 055-8078382 - Mobile: +39 335-5948287



Codice Fornitore:

Causale Spedizione: Vendita

Numero DDT: 6721

Del 18/09/2025

Pag. 1

Destinatario/Sede Legale: SIEMENS HEALTHCARE Srl

Via Vipiteno 4 20128 Milano (MI) (IT) Partita IVA o codice fiscale

IT 12268050155 Destinazione merce:

SIEMENS HEALTHCARE Srl C/AUSL Pescara - Osped. Santo Spirito Via Paolini, 45

65124 Pescara (PE) (IT)

Codice Articolo	Codice	Descrizione Articolo	Coding Lett			
JNITA' SALDO A459B	OPERATIVA VS ORDINE	SIC PESCARA  N° 4532682893 DEL 18/08/2025  Rif.offerta n.: 13187 del 14/08/2025  SCHEDA DI MEMORIA 2GB SORIN  ORIG SPIDERVIEW	Codice Lotto	Qtà	Prezzo	Sconto in 9
	5	Par PAL	2025		17 2550 256	77 J
					COF	

Aspetto esteriore dei beni:

SCATOLA

Numero colli

CORRIERE: Vettore

TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO: Franco C/Addebito

DATA/ORA RITIRO

Via della Resistenza nº 4 53035 Monteriggioni Si

18/09/2025 12:40 Timbro e Firma Conducente: Timbro e Firma Destinatario

Si invita il destinatario a controllare l'integrità della spedizione al momento della consegna. In caso di imballo visibilmente danneggiato, ritirare la merce con riserva. Non si accettanto contestazioni e/o resi, superati otto (8) giorni dal ricevimento della spedizione. Il reso merce è soggetto ad una regolamentazione interna e deve essere tassativamente autorizzato da Omniacell Tertia Srl. Si informa inoltre che la merce viaggia a rischio e pericolo del destinatario se spedita in porto assegnato.

Omniacell Tertia Srl - Via Dante Alighieri, 8 - 50028 - Barberino Tavarnelle (FI)

C.F.- P.Iva - Iscr. Registro Imprese: 01013500523 - R.E.A. 659821 C.C.I.A.A. di Firenze - Capitale sociale € 25.822,84

Registro Nazionale Pile: IT09060P00000998 - Registro Nazionale AEE: IT09120000006402 - Contributo CONAI assolto ove dovuto INFORMATIVA PRIVACY: i dati esposti nel documento saranno utilizzati soltanto per fini contabili ed amministrativi nel rispetto dell'Art 13 D.Lggs 196/2003



#### RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01797/04

Data Inizio 22/09/2025

Ora Inizio 12:50

Tipo Straordinaria

Data Fine 22/09/2025

Ora Fine 13:05

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E013308

Descrizione REGISTRATORE HOLTER ECG

Costruttore MICROPORT CRM SRL

Presidio PO Pescara

Reparto UOC CARDIOLOGIA

Stanza PE EST | 1 | 4 HOLTER ECG

Modello SPIDERVIEW Matricola SJ2209203A

Inventario Ente 101111

GUASTO RISCONTRATO

richiesta n6 ad per holter

DESCRIZIONE INTERVENTO

si consegnano n5 schede di memoria per Holter

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

la459b

scheda di memoria

5

NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

.egenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome Cipriani Matteo

Offeri Stattes

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Claudia coletti

CO. O.

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via FAX (int):2964 (est):085-4252964

Data Richiesta: Richiedente:		OZIUNE A CUPS del	:):085-4252964	
Presidio/Distretto	2/04/ Noga 2: Osred	of di b.	Numero: Telefono:	
Inventario N.PE/ Apparecchiatura: Ditta Costruttrice: Modello:	1: 10507 BHIND GINAS AV 41	S EO	19237	SV.Co
SEGNALAZIONE Apparecchio com Descrizione guasto,	npletamente fermo /inconveniente		arzialmente funziona	ante 🗍
NON COMPILARE (c	compilazione a cura	FIRMA RICHII dell'ufficio ATI)	EDENTE:	
Contratto ATI	N° ODL:	2025 100		SARKS
Garanzia: omodato/Leasing/ ervice:	Ditta:	GIVAS	Intervento	
onvenz. non di oprietà:	Preventivo N°		previsto II:  Data Preventivo:	
n competenza I: ( nmenti/Altro:	☐ Inoltrato a:		Data Inoltrato:	



#### RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/00972/07

Data Inizio 01/10/2025 Ora Inizio 14:30 Tipo Straordinaria

Data Fine 01/10/2025

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E014237

Descrizione LETTINO ELETTRICO PER VISITE, ESAMI E TRATTAMENTI

Costruttore GIVAS SRL Modello

Presidio PO Pescara

Reparto UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Stanza PE NORD | 4 | PRONTO SOCCORSO

Matricola 001273239 Inventario Ente 105075

Ora Fine 15:00

GUASTO RISCONTRATO

cuscino sollevamento gambe bucato

AV 4110

DESCRIZIONE INTERVENTO

sostituito cuscino

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice Descrizione

Quantità

Rifatturabile NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Crisante Sacha

nn

Cognome Nome

cuscino gambe

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

per caporale



#### Richiesta d'Intervento

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

#### Dettaglio richiesta - 2025/F00118 Tipo - Funzionale

Data 22/07/2025 08:00

Richiedente

Tecnico assegnatario Tiziana Leone

Guasto segnalato

Note Costo da registrare in allegato C

Data guasto

Altro richiedente

Data ripristino

04/09/2025 17:00

Contratto 0834 - SIC - HC HOSPITAL CONSULTING SPA

#### Anagrafica apparecchio

Apparecchio E001019

Struttura

PO Pescara PE SUD

**Padiglione** 

Reparto **UOC EMATOLOGIA** 

Costruttore NIHON KOHDEN CORP

Descrizione DEFIBRILLATORE

Centro di costo

CIVAB DEFNIO€7

Inventario ente

650084344

Ubicazione Via Fonte Romana, 8 Pescara

Piano

Stanza MAGAZZINO N2

Modello AED 2151 K

Matricola

00124

#### Interventi

2025/F00118/03 04/09/2025

NR - Richiesta intervento esterno /

Fornitura ricambi

**Guasto riscontrato** 

Descr. attività

Si autorizza prev. 2025/0670/V Sc Forniture per la fornitura di n. 01 batteria non

ricaricabile LiMnO2 27V 2800mAh codice SB-214VK

Note

2025/F00118/02 28/08/2025

NR - Richiesta intervento esterno /

Fornitura ricambi

**Guasto riscontrato** 

Descr. attività

Si richiede preventivo a Sc Forniture per la fornitura di n. 01 batteria non

ricaricabile LiMnO2 27V 2800mAh codice SB-214VK

Note

2025/F00118/01 28/08/2025

PR - Richiesta intervento esterno /

Fornitura ricambi

**Guasto riscontrato** 

Descr. attività

Note

Nessuno - Attività programmata

Attività programmata non eseguita Livello batteria 24 %, da sostituire.



#### RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/F00118/05 Data Inizio 25/09/2025

Ora Inizio 12:30

Tipo Funzionale

Data Fine 25/09/2025

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E001019

Descrizione DEFIBRILLATORE

Costruttore NIHON KOHDEN CORP

Modello AED 2151 K Presidio PO Pescara

Reparto UOC EMATOLOGIA

Stanza PE SUD | 5 | MAGAZZINO N2

Matricola 00124

Inventario Ente 650084344

GUASTO RISCONTRATO

Nessuno - Attività programmata

DESCRIZIONE INTERVENTO

Effettuata attività programmata come da Protocollo

sostituita batteria

Ore lavoro 00:10

Ore viaggio 00:00

Ora Fine 12:40

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

SB-214VK Nihon Kohden

batteria s/n 44932 LiMnO2 27V 280mAh

SI

NOTE

Sostituita batteria

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche l'eventuale dismissione

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Leone Tiziana

Titiono Leone

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome Prudente Patrizia Firma

Photos Rollins

Vs. riferimento

Ns. riferimento 2025/01767-01989-P03688

Ns. sigle Data 2025-15091526

15/09/2025

Spett.le
Azienda USL di Pescara
UOC Ingegneria Clinica - HTA
via Paolini, 47
65124 Pescara

c.a. Ing. D. Rinaldi Ing. V. Lo Mele

OGGETTO:

U

2025-15091526 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 01767-01989-P03688.

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito delle richieste del reparto elencate siamo a riportare di seguito il dettaglio per ogni richiesta:

- 2025/01767 del 08/08/2025: Bilirubinometro Ginevri One Beam c/o la Neonatologia e TIN del PO di Pescara, inv. E001173, richiesta reparto:" valori non attendibili sullo stesso campione", a seguito di intervento di manutenzione correttiva oltre alla riparazione si è resa necessaria la fornitura del kit di materiale di consumo.
- 2025/01989 del 12/09/2025: Defibrillatore Physio control Lifepak 1000 c/o il Consultorio di Popoli, inv. E006498, richiesta reparto:" sostituzione pacco batteria".
- 2025/P03688 del 11/09/2025: Defibrillatore Schiller Argus Pro c/o UOC UTIC del PO di Pescara, inv. E007259, a seguito di manutenzione preventiva abbiamo riscontrando la necessità di sostituzione della batteria.

Pertanto, ci pregiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la fornitura di quanto riportato in elenco, applicando un ricarico del prezzo del ricambio del 10% ed includendo nel canone la manodopera del personale interno utilizzato per l'installazione ed il ripristino del funzionamento delle apparecchiature:

Quantità	Richiesta	Descrizione	Prezzo Unitario	Prezzo Totale
3	Tutte	Installazione e controllo funzionale	360 €	0 €
2	2025/01767	Restabil 2low+2high	280,00 €	560,00€
1	2025/01989	Batteria orig. Lifepak 1000	425,00 €	425,00 €
2	2025/P03688	Batteria orig. Argus	590,00 €	1.180,00 €
- 17.	477 700	PREZZO TOT	2.165,00 €+	IVA

Distinti saluti La Direzione Tecnica

Associazione Temporanea d'Impresa Siemens Healthcare srl Hospital Consulting spa Marifarma FM srla c/o Azienda USL di Pescara Via Paolini, 47 65100 Pescara tel. 085.4252963 fax 085.4252964

SIEMENS ... Healthineers ...





pagina 1 di 1

#### RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it via FAX (int):2964 (est):095-4252064

DETTAGLIO	RICHIESTA (complla)	tione a cura del richiedente)	3-4232504	
Data Richiesi Richiedente: Presidio/Dista Reparto: Inventario N.Pl Itaram se applicab Apparecchiat: Ditta Costruttr Modello: SEGNALAZIONI Apparecchio Descrizione guasta	retto: 08.00  N. D. N. D.  N. D. N. D.  N. D	TO COLUMN  LEASING/Service  Leasing/Service  Leasing/Service  Matrice  ENTENTE  O Apparecchio parzi  Valor Moda	Telefono: 2.5 A SUB sente)  almente funzionante alle La	W 11 H3
Contratto ATI	Nº ODL:	2025/01/	767 W	Juéc
Saranzia: Comodato/Leasing/ ervice:	O Ditta:		Telefono:	marcaloria.
onvenz, non di oprietà;	O Preventivo		Intervento previsto II:	
n competenza ATI:	O Inoltrato a:	Analone of the contraction of th	Preventivo:  Data Inoltrato:	***************************************
nmenti/Altro:	(compilazione a cura	dell'uncio ATU	monato;	

STRAORDINAMIA ALLEGATO



#### RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01767/08 Data Inizio 26/09/2025

Ora Inizio 16:30

Tipo Straordinaria

Data Fine 26/09/2025

Ora Fine 17:00

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E001173

Descrizione BILIRUBINOMETRO

Costruttore GINEVRI SRL

ONE BEAM

Presidio PO Pescara

Reparto UOC NEONATOLOGIA E TIN

Stanza PE SUD | 4 | NIDO

Matricola 1539/16

Inventario Ente 650081210

GUASTO RISCONTRATO

valori non attendibili

Modello

DESCRIZIONE INTERVENTO

so consegna apparecchiatura dopo riparazione ditta esterna

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome Cipriani Matteo

Offer States

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome di Nella Claudia Firma

2604

2025/01767/08



## SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

# RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

	CUHIESTA (compilazione a cum	4 (est):085-4252964
Data Richiest	10111	edente)
Richiedente:	111111111111111111111111111111111111111	
Presidio ni	HABRILIA HARCE	CC1 Numero: '
Reparto	etto: SAN ARO	Numero: Numero: 8429
Inventario N.P.	COASSICORCO JA	
Barrare se	I/: E 0061,98 (Obblig	TOSTO ALTA
Barrare se applicabl	Comodato/Leasing/Service	atorio se presente)
Apparecchiatu	A TOTAL OF THE PARTY OF THE PAR	
Modello:	ice: PHYSIP GN. DOL	NY MALICO BETASICO
	I TI CAN OF ICAC	
MALAZIONI	GUASTO/INCOM	Matricola/Seriale: 49693848
escrizione guasti	o/inconveniente Appa	recchio parzialmente funzionante
Sos	o/inconveniente	
······	LA CCO	BALLERY
N COMPILARE	(compilazione a cura dell'ufficio ATI)	IRMA RICHIEDENTE: TESU WELL
	Cura dell'ufficio ATT)	- TLA)
		JULY VICE
ntratto ATI		Jex Jucca
	N° ODL: 2029	10/9/0
anzia:	O Ditta:	1019fg
anzia:	O Ditta:	101969
anzia: nodato/Leasing/ /ice:	O Ditta:	Telefono:
nodato/Leasing/	O N° ODL: O Ditta: O Contatto:	Telefono:  Intervento
anzia: nodato/Leasing/ /ice: venz. non di prietà:	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo	Telefono:
anzia: nodato/Leasing/ /ice: venz. non di prietà:	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo	Telefono:  Intervento previsto il:
anzia: nodato/Leasing/ /ice: venz. non di prietà: competenza ATI	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:
anzia: nodato/Leasing/ /ice: venz. non di prietà: competenza ATI	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo N° O Inoltrato a:	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data
anzia: nodato/Leasing/ /ice: venz. non di prietà: competenza ATI	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:
anzia: nodato/Leasing/ /ice: venz. non di prietà: competenza ATI	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo N° O Inoltrato a:	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data
nodato/Leasing/ /ice: venz. non di prietà: competenza ATT	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo N° O Inoltrato a:	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data
nodato/Leasing/ /ice: venz. non di prietà: competenza ATT	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo N° O Inoltrato a:	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data
nodato/Leasing/ vice: venz. non di prietà: competenza ATT menti/Altro:	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo N° O Inoltrato a:	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data Inoltrato:
nodato/Leasing/ vice: venz. non di prietà: competenza ATT menti/Altro:	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo N° O Inoltrato a:	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data
ntratto ATI nanzia: nodato/Leasing/ vice: venz. non di prietà: competenza ATI menti/Altro:	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo N° O Inoltrato a:	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data Inoltrato:
nodato/Leasing/ vice: venz. non di prietà: competenza ATT menti/Altro:	O N° ODL: O Ditta: O Contatto: O Preventivo N° O Inoltrato a:	Telefono:  Intervento previsto il:  Data Preventivo:  Data Inoltrato:



#### RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01989/04 Data Inizio 23/09/2025

Ora Inizio 10:00

Tipo Straordinaria

Data Fine 23/09/2025

Ora Fine 10:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E006498

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO

Costruttore PHYSIO CONTROL INC

LIFEPAK 1000

Presidio DSB Popoli

Reparto Popoli - Consultorio

Stanza DSB POPOLI | 1 | CORRIDOIO

Matricola 40693848

Inventario Ente 700069163

GUASTO RISCONTRATO

Sostituzione batteria

Modello

DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento

Sostituzione batteria

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice Descrizione

Rifatturabile

11141-000156

Quantità

batteria

NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda; NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto. Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

Cognome Nome Arena Luca

Om Com

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Marcelli Fabrizia

「かここへ



#### Richiesta d'Intervento

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

#### Dettaglio richiesta - 2025/P03688 Tipo - Preventiva

Data 11/09/2025 15:28

Richiedente

Tecnico assegnatario Tiziana Leone

Guasto segnalato

Note PM

Data guasto

Data ripristino

12/09/2025 09:47

Altro richiedente

Contratto 0834 - SIC - HC HOSPITAL CONSULTING SPA

#### Anagrafica apparecchio

Apparecchio E007259

Struttura

PO Pescara

**Padiglione** 

PE EST

Reparto

UOC UTIC E CARDIOLOGIA **INTERVENTISTICA** 

Descrizione DEFIBRILLATORE

Costruttore SCHILLER AG

CIVAB DEFSHH@5

Inventario ente 90969

Ubicazione Via Fonte Romana, 8 Pescara

**Piano** 

Stanza

CORRIDOIO - BAGNO - LAVAPADELLE

Modello ARGUS PRO LIFECARE 2

1

Matricola

77502820

Centro di costo AA20X01F05 - EMERGENZA COVID-19

#### Interventi

2025/P03688/02

12/09/2025

NR - Richiesta intervento esterno /

Fornitura ricambi

**Guasto riscontrato** 

Descr. attività

Si autorizza preventivo Omniacell nº 14705 del 19.02.2025 per la fornitura di02 batterie originali Schiller originali, NON ricaricabili, cod. Omniacell 1101197,tempi

di consegna " pronti".

Note

2025/P03688/01

11/09/2025

NR - Richiesta intervento esterno /

Fornitura ricambi

**Guasto riscontrato** 

Descr. attività

Su indicazione di Tiziana richiedo preventIvo di spesa ad Omniacell per 02

batterie NON RICARICICABILI, DC 11.1 V , 4.65 AH, REF 3.940100.

Note



DETTAGLI INTERVENTO

#### AUSL Pescara

#### RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

Codice 2025/P03688/04  Data Inizio 18/09/2025	Tipo Preventiva  Data Fine 18/09/2025	Ora Fine 10:20		
DETTAGLI APPARECCHIATURA				
Codice Apparecchio E007259	Presidio PO Pescara			
Descrizione DEFIBRILLATORE	Reparto UOC UTIC E CARI	DIOLOGIA INTERVENTISTICA		
Costruttore SCHILLER AG		RIDOIO - BAGNO - LAVAPADELLE		
Modello ARGUS PRO LIFECARE 2	Matricola 77502820	Inventario Ente 90969		
GUASTO RISCONTRATO		WE THE TREE WAS A	National Wilderstein	
Nessuno - Attività programmata				
sostituzione batterie				
DESCRIZIONE INTERVENTO				
Effettuata attività programmata come da Protocollo sostituite batterie				The state of the s
Sostialle ballerie	1			
	Ore lavoro 00:20	Ore viaggio 00:00		
MATERIALI IMPIEGATI Codice Descrizione				
Codice Descrizione		Quantità	Rifatturabile	
1101197 omniacell Batterie 4,65Ah 51,6Wh Li-lon		2	NO	
PROTOCOLLO				
Codice DEF01 Manutenzione preventiva su DEF	IBRILLATORE			Rev.6 del 05/06/2017
ATTIVITA' SVOLTE				
Pulizia apparecchiatura				OK
Controllo integrità cavo/i paziente, elettrodo/i e relative connessioni				OK
Controllo integrità dell'involucro dell'apparecchiatura		Janet I i		OK
Controllo funzionamento comandi diretti di attivazione e regolazione				OK
Controllo integrità supporti		1 1 1 1 1 1		ОК
Controllo accessori (se disponibili)				NV
Controllo funzionamento luci, indicatori, spie luminose, display e similari				ОК
Controllo integrità e scadenza piastre per la defibrillazione				ОК
Controllo fusibili				NV
Controllo funzionamento del caricabatterie o alimentatore				ОК
Controllo funzionamento sistema di registrazione e prova di stampa				OK OK
Controllo batterie				ок
Controllo assenza di fuoriuscita di acido e ossido dalla batteria	. FLEUIFE			ОК
Autotest diagnostico/autocalibrazione dell'apparecchiatura	TPRITE			ОК
	attività non pertinente / non applicab	ile sull'apparecchio NV = attività non veri	ficabile sull'apparecchio oggetto de	7.70
NOTE			Tan Epparation to Oggetto de	II III THE I VEINO
sostituite batterie.				ded Starth on
ESITO INTERVENTO			TENNESS FIRMENSON	
[RI] - Richiesta evasa				Transfer Law
Legenda: NR: Guasto non risollo, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utiliz l'eventuale dismissione	zabile per la sua funzionalità principa	le RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, a	apparecchio utilizzabile, nell'esito €	indicato anche
si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazio			<del></del>	
TECNICO	The state of the s	ECA VICIONE		
Cognome Nome Firma	UTENTE PER PR	EGA VISIUNE		
Leone Tiziana Liferous Leone Liferous Leone	Cifaratti Nico		Firma	
lifiour Terre	e   marati 19100		North Glass	