

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/01394-01411  
Ns. sigle 2024-19061349  
Data 19/06/2024

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: **2024-19061349 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2024/01394-01411.**

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto elencata siamo a riportare di seguito il dettaglio per la richiesta:

- 2024/01394 del 03/06/2024: Tavolo Operatorio Nuova BN Solaris c/o la Chirurgia Plastica del PO di Pescara, inv. E014640, apparecchiatura non di competenza di questa ATI perché completamente meccanico, richiesta reparto: "letto pericolante per ruote usurate", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione delle stesse.
- 2024/01411 del 04/06/2024: Defibrillatore AMI Italia Saver One c/o il DSB di Montesilvano, inv. E007803, richiesta reparto: "segnale luminoso di batteria scarica", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della stessa.

Pertanto ci preghiamo 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
2	tutte	Installazione e controllo funzionale	240 €	0 €
4	2024/01394	Ruote direzionali con freno centralizzato	500 €	2.000 €
1	2024/01411	Batteria Saver One	280,00 €	280,00 €
		<b>PREZZO TOT</b>	<b>2.280,00 €+ IVA</b>	

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica

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

pagina 1 di 1

**SIEMENS**  
Healthineers



**MARIFARMA FM**  
Health Facility Management

SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE Elettromedicali  
 RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA Elettromedicale  
 Inviare via FAX (int): 2964 (est): 085-4252964

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 06.06.2014  
 Richiedente: SILVANA MARTINI Numero: \_\_\_\_\_  
 Presidio/Distretto: OSPEDALE PESCARA Telefono: 2013  
 Reparto: CHIRURGIA PLASTICA  
 Inventario N.PE/: 57411  
 Apparecchiatura: LETTO ASPIRATORIO n° 2 CHIRURGIA PLASTICA  
 Ditta Costruttrice: \_\_\_\_\_  
 Modello: \_\_\_\_\_ Matricola/Seriale: \_\_\_\_\_

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante   
 Descrizione guasto/inconveniente: USURATE - LETTO PERICOLANTE PER RUOTE

AUSL PESCARA

U.O. Otorinolaringoiatria e Vertigo - Facciale  
 Coordinatore Infermieristico  
 FIRMA RICHIEDENTE: SILVANA MARTINI

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

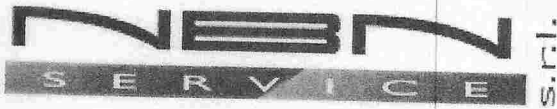
Contratto ATI  N° ODL: 2024/01394 MATTEO  
 Garanzia:  Ditta: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 Comodato/Leasing/Service:  Contatto: \_\_\_\_\_ Intervento previsto il: \_\_\_\_\_  
 Convenz. non di Proprietà:  Preventivo N° \_\_\_\_\_ Data Preventivo: \_\_\_\_\_  
 Non competenza ATI:  Inoltrato a: \_\_\_\_\_ Data Inoltrato: \_\_\_\_\_

Commenti/Altro:

STRAORDINARIA

FIRMA RESPONSABILE ATI

KDL 2024/01394



**NBN Service Srl**  
Via Nessa, 21 - 10048 Vinovo (TO) - ITALIA  
P.Iva IT 11661580016  
Sede Legale: Via Andrea Doria, 14 - 10123 TORINO - ITALIA  
Tel. +39 (0) 11.96 54 289 - 96 54 446 - Fax +39 (0) 11.96 54 289  
C.C.I.A.A. TO n. 1230821

Luogo di destinazione :

~~FACILITY MED SRL - sede operativa~~  
~~Via Aterno n. 04~~  
66020 SAN GIOVANNI TEATINO (CH)  
SERVIZIO GESTIONE MANUTENZIONE APP. MEDICALI  
C/O AUSL PESCARA - OSPEDALE SANTO SPIRITO  
VIA PAOLINI 45 - 65124 PESCARA

Destinatario :

FACILITY MED S.r.l. unipersonale  
  
Via Baliilla n. 13/4  
66020 PESCARA (PE)

Cod.conto : 18101112	Partita IVA : 01547940682	Cod.fiscale : 01547940682	Tipo documento: <b>Documento di Trasporto</b>	Numero Documento <b>62</b>	Data documento: <b>20/06/2024</b>	Pagina: <b>1</b>
Pagamento <b>ANTICIPATO RIBA 3088</b>			Banca : <b>UNICREDIT SPA</b>			

Codice	Descrizione	UM	Quantità
SPPT0105	RUOTA DIREZIONALE Ø125 CON FRENO CENTRALIZZATO Rif. vs conferma mail del 11/06/2024	N	4,00

Trasporto a Mezzo <b>Vettore</b>	Aspetto esteriore : <b>SCATOLA 40 x 30 x 15</b>		Causale del trasporto: <b>VENDITA</b>	
Collif. <b>1</b>	Peso KG: <b>5,00</b>	Porto : <b>F.CO con add. in fatt.</b>	Data ed Ora Inizio Trasporto	Firma del conducente:
Annotazioni / Variazioni <b>IP</b>			Firma del Destinatario	
Incaricato del trasporto:			Firma del vettore:	
Partita Iva	Numero Iscrizione Albo	Telefono		

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/01394/06		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 25/06/2024	Ora Inizio 15:00	Data Fine 25/06/2024	Ora Fine 18:00

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E014640		Presidio PO Pescara	
Descrizione TAVOLO OPERATORIO		Reparto UOSD CHIRURGIA PLASTICA	
Costruttore NUOVA BN SNC		Stanza -	
Modello SOLARIS		Matricola 1186	Inventario Ente 00650057411


GUASTO RISCONTRATO	
ruote rotte	

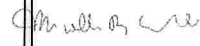
DESCRIZIONE INTERVENTO	
sostituzione kit 4 ruote su letto operatorio	
Ore lavoro 03:00	Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
nessuno	kit n.4 ruote	1	NO

ESITO INTERVENTO	
[R] - Richiesta evasa	
<small>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</small>	

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

TECNICO	
Cognome Nome	Firma
Cipriani Matteo	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
Mirella di camillo	





**AZIENDA U.S.L. DI PESCARA**  
**SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

Inviare via mail a [assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it)

via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 04/06/2024  
**Richiedente:** VALLOREO ROBERTA  
**Presidio/Distretto:** CERS DI MONTESILVANO  
**Reparto:** 4° PIANO  
**Inventario N.PE/:** 66502 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** DAE SAVER ONE  
**Ditta Costruttrice:** A.M.I. ITALIA SRL  
**Modello:** ..... **Matricola/Seriale:** E007803

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente .....

SEGNALE LUMINOSO DI BATTERIA SCARICA

ALLEGATO E  
 STRAORDINARIA

ASL PESCARA  
 U.D.C. Area Distrettuale Metropolitana  
 CERS - MONTESILVANO  
 CCPS Informiere  
 Roberta Valloreo

**FIRMA RICHIEDENTE:** Roberta Valloreo

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

**Contratto ATI**  N° ODL: 2024/01411 ..... SAC HA

**Garanzia:**  Ditta: ..... Telefono: .....

**Comodato/Leasing/Service:**  Contatto: ..... Intervento previsto il: .....

**Convenz. non di Proprietà:**  Preventivo N° ..... Data Preventivo: .....

**Non competenza ATI:**  Inoltrato a: ..... Data Inoltrato: .....

**Commenti/Altro:** (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....



Codice Fornitore: \_\_\_\_\_ Causale Spedizione: **Vendita** Numero DDT: **3895** Del **11/06/2024** Pag. **1**

<b>Destinatario/Sede Legale:</b> SIEMENS HEALTHCARE Srl  Via Vipiteno 4 20128 Milano ( MI ) ( IT ) Partita IVA o codice fiscale IT 12268050155	<b>Destinazione merce:</b> SIEMENS HEALTHCARE Srl C/AUSL Pescara - Osped. Santo Spirito Via Paolini, 45  65124 Pescara ( PE ) ( IT )
---	---

Codice Articolo	Codice	Descrizione Articolo	Codice Lotto	Qtà	Prezzo	Sconto in %
UNITA' SALDO  1101391	OPERATIVA VS ORDINE	SIC PESCARA N° 4531696253 DEL 05/06/2024 Rif.offerta n.: 8854 del 05/06/2024 BATT. Li-MnO2 27V 1.2Ah AMI ITALIA ORIG. - SAVER ONE SERIES - (Versione: NON RICARICABILE)	39B00923024	Pz 1,00		

Peso netto \_\_\_\_\_ Peso lordo \_\_\_\_\_ Annotazioni Generiche: \_\_\_\_\_ Aspetto esteriore dei beni: **SCATOLA** Numero colli **1**

CORRIERE: **TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:**  
 Vettore **Franco C/Addebito** DATA/ORA RITIRO **11/06/2024 13:01** Timbro e Firma Conducente: \_\_\_\_\_  
 01 GLS Strada dei Laghi 4/6/8 53035 Monteriggioni SI 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 accettano 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.

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/01411/06		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 13/06/2024	Ora Inizio 08:00	Data Fine 13/06/2024	Ora Fine 08:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E007803		Presidio DSB Nuovo Montesilvano Via C. D'Agnesi	
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO		Reparto Montesilvano - DSB-Poliambulatori	
Costruttore AMI ITALIA SRL		Stanza / 2 CORRIDOIO	
Modello SAVER ONE		Matricola 01SO0112008	Inventario Ente 00680066502


GUASTO RICONTRATO	
segnala batteria scarica	


DESCRIZIONE INTERVENTO	
sostituita batteria. si riconsegna apparecchio	
Ore lavoro 00:30	Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
sav 00010	batteria non ricaricabile	1	NO

ESITO INTERVENTO	
[RI] - Richiesta evasa	
<small>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</small>	

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

TECNICO	
Cognome Nome	Firma
Crisante Sacha	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
per Valloreo	

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/01559-01233-01591  
Ns. sigle 2024-27061541  
Data 27/06/2024

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: 2024-27061541 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richiesta del reparto 2024/01559-01233-01591.**

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto elencata siamo a riportare di seguito il dettaglio per la richiesta:

- 2024/01559 del 20/06/2024: Personal Computer Toshiba Satellite Pro c/o la UOC Urologia del PO di Pescara, inv. E001812, richiesta reparto: "si richiede nuova stampante HP color Laser 150nw"
- 2024/01591 del 25/06/2024: Il Blocco Operatorio del PO di Pescara ci richiede n. 15 cavi piastra Erbe per esigenze di reparto.
- 2024/01233 del 10/05/2024: Monitor Multiparametrico Guangdong BLT Q3 c/o la Pediatria del PO di Pescara, inv. E001600, richiesta reparto: "manca trasmettitore di segnale", siamo intervenuti riscontrando l'assenza dello stesso.

Pertanto ci preghiamo 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 €
1	2024/01559	Stampante Hp Color Laser 150nw	320,00 €	320,00 €
15	2024/01591	Cavo piastra orig.	155,00 €	2.325,00 €
1	2024/01233	Nano Router ac750	300,00 €	300,00 €
		<b>PREZZO TOT</b>	<b>2.945,00 €+ IVA</b>	

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica

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

pagina 1 di 1

**SIEMENS**  
**Healthineers**

**Hospital Consulting**  
SANITA' E AMBIENTE

**MARIFARMA FM**  
Health Facility Management



**AZIENDA U.S.L. DI PESCARA**  
**SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

Inviare via mail a assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it

via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 10/05/2024  
 Richiedente: DI MASCIÒ BARBARA Numero: .....  
 Presidio/Distretto: "PESCARA" Telefono: .....  
 Reparto: PEDIATRIA  
 Inventario N.PE/: E001600 (Obbligatorio se presente)  
 Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service  
 Apparecchiatura: MONITOR  
 Ditta Costruttrice: GUANDONGE  
 Modello: BLT 98 Matricola/Seriale: 0067E002305

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente  
 MANCA TRASMETTITORE DI SEGNALE

Dott.ssa DI MASCIÒ BARBARA  
 Coordinatrice Infermieristica  
 UOC Pediatria Medica ASL Pescara

STRAORDINARIA

FIRMA RICHIEDENTE: *Di Mascio Barbara*

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI  N° ODL: 2024/05233  
 Garanzia:  Ditta: ..... Telefono: .....  
 Comodato/Leasing/Service:  Contatto: ..... Intervento previsto il: .....  
 Convenz. non di Proprietà:  Preventivo N° ..... Data Preventivo: .....  
 Non competenza ATI:  Inoltrato a: ..... Data Inoltrato: .....

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....



**Burke & Burke S.p.A.**

Sede Legale: Via Giulio Vincenzo Bona 133 - 00156 Roma (RM)  
Cap. Soc. € 197.752,50 i.v.  
C.F. P.IVA e Registro imprese 01059590107  
Tel 0633076611 - Fax 0633076315 www.burkeburke.com  
Email: burkege@pec.it

**DESTINATARIO MERCE**  
SIEMENS HEALTHCARE C/O OSP. SPIRITO SANTO  
VIA PAOLINI 45  
65124 PESCARA PE

**SPETT.LE/RECIPIENT**  
**Siemens Healthcare S.r.l.**  
Via Vipiteno  
20128 Milano  
P. IVA: IT12268050155 C.F: 04785851009

IT

**PRESIDIO**  
Siemens c/o Osp. Civile dello Spirito Santo di Pescara-AUSL Pescara  
Via Vipiteno  
20128 Milano

IT

DOCUMENTO/TYPE DOCUMENT DDT	NUMERO/NUMBER 10004845	DATA/DATE 14/06/2024	VOSTRO RIF. 4531653827	DEL 16/05/2024	PAG./PAGE 1,00/1,00
MODALITA' PAGAMENTO/PAYMENT METHOD		CONDIZIONI PAGAMENTO/PAYMENT TERMS 60 gg df			
APPOGGIO BANCARIO/BANK					

COD. ARTICOLO ITEM CODE	DESCRIZIONE ARTICOLO ITEM DESCRIPTION	CONF/ PACK	OMAGGIO	UM	QTA SPEDITA	QTA RESIDUA	LOTTO-SCADENZA
<i>Preventivo nr. 24/00620P</i>							
TL-WR902AC	Nano router ac750 wi-fi	1		PZ	1	0	223C489004409
GESTIONE	Contributo gestione pratica	1		PZ	1	0	

PICK LIST	ASPETTO BENI/APPEARANCE OF GOODS CARTONI	
DATI SPEDIZIONE COLLI TOTALI: PESO TOTALE:	CORRIERE/COURIER FEDEX	PORTO/CARRIAGE CAUSALE/MOTIVE OF TRANSPORT STANDARD
Peso: 1.000,00 g - Colli: 1 - Descrizione imballaggi: CARTONE		MAGAZZINO DI PRELIEVO Magazzino Stock Milano
NOTE / NOTES In caso di reso si richiede la spedizione al seguente indirizzo: BURKE&BURKE, Via Einstein 32 Assago 20057 MI. NON SI ACCETTANO RESI SENZA AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA, PER ACCORDI SCRIVERE A: info@burkeburke.com		
CONTROLLO D.D.T. / FIRMA TRASPORTATORE		FIRMA E TIMBRO DEL DESTINATARIO



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/01233/05		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 20/06/2024	Ora Inizio 09:20	Data Fine 20/06/2024	Ora Fine 09:25


DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E001600		Presidio PO Pescara	
Descrizione MONITOR MULTIPARAMETRICO, MONITOR		Reparto UOC PEDIATRIA	
Costruttore GUANGDONG BIOLIGHT MEDITECH CO LTD		Stanza PE NORD   3   SUB INTENSIVA	
Modello BLT Q3		Matricola Q067E002305	Inventario Ente 650084327


GUASTO RISCONTRATO	
effettuata istallazione tp link per centrale di monitoraggio	

DESCRIZIONE INTERVENTO	
effettuate prove di funzionamento con esito positivo	
Ore lavoro 00:05	Ore viaggio 00:00

ESITO INTERVENTO	
[RI] - Richiesta evasa	
<small>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</small>	

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

TECNICO	
Cognome Nome	Firma
D'Agostino Michele	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
Mosca Monia	





**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE**

Inviare via mail a assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it  
 via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 20/6/24 ..... **Numero:** .....

**Richiedente:** paola pace ..... **Telefono:** 2780 .....

**Presidio/Distretto:** pescara .....

**Reparto:** urologia .....

**Inventario N.PE/:** E001812 ..... (Obbligatorio se presente)

*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service

**Apparecchiatura:** computer per cistoscopia .....

**Ditta Costruttrice:** toshiba .....

**Modello:** ..... **Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo       Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente .....  
 si richiede nuova stampante HP COLOR LASER 150NW

Dott.ssa PAOLA PACE  
 Organizzazione e Gestione  
 Attività professionali/area chirurgica  
 ASL PESCARA

**FIRMA RICHIEDENTE:**

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI  N° ODL: 2024/0,1559

Garanzia:  Ditta: ..... Telefono: .....

Comodato/Leasing/Service:  Contatto: ..... Intervento previsto il: .....

Convenz. non di Proprietà:  Preventivo N° ..... Data Preventivo: .....

Non competenza ATI:  Inoltrato a: ..... Data Inoltrato: .....

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....  
 Matteo Cipriani è al corrente

*Steadman*

## Sarnicola, GIOVANNI (ext)

---

**Da:** Dario Rinaldi <dario.rinaldi@asl.pe.it>  
**Inviato:** giovedì 20 giugno 2024 08:45  
**A:** Sarnicola, GIOVANNI (ext)  
**Cc:** Paola Pace; ASSISTENZAMEDICALI.PESCARA@ISM-SMS.IT; Balsamo, Alfonso (ext); Di Luzio, Gianni  
**Oggetto:** R: Proposta di dismissione di stampante HP cod. E001811 sprovvista di inventario aziendale, ns rdl di rif 2024/01275

**Contr. completamento:** Completare  
**Stato contrassegno:** Completata

Buongiorno,

su segnalazione della Dr.ssa Pace, si chiede intervento per installazione di altra stampante già disponibile in reparto ovvero, in subordine, fornitura di nuova stampante in all.C.  
grazie, saluti

---

**ING. DARIO RINALDI**  
**COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**  
**UOC INGEGNERIA CLINICA HTA**  
VIA R. PAOLINI, 47 - PESCARA  
TEL 085.4253113

*La presente e-mail è confidenziale e la sua riservatezza è tutelata legalmente: il testo e gli eventuali documenti allegati contengono informazioni riservate esclusivamente ai destinatari. L'accesso e l'uso delle presenti informazioni da parte di qualsiasi soggetto non autorizzato sono vietati. Qualora abbia ricevuto la presente e-mail per errore è cortesemente pregato di provvedere alla sua immediata distruzione.*

---

**Da:** Dario Rinaldi  
**Inviato:** giovedì 23 maggio 2024 13:28  
**A:** 'Balsamo, Alfonso'  
**Cc:** Paola Pace; Urologia Pescara; Matteo Cipriani; ASSISTENZAMEDICALI.PESCARA@ISM-SMS.IT  
**Oggetto:** R: Proposta di dismissione di stampante HP cod. E001811 sprovvista di inventario aziendale, ns rdl di rif 2024/01275

Buongiorno, si concorda la dismissione  
Cordiali saluti

---

**ING. DARIO RINALDI**  
**COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**  
**UOC INGEGNERIA CLINICA HTA**  
VIA R. PAOLINI, 47 - PESCARA  
TEL 085.4253113

*La presente e-mail è confidenziale e la sua riservatezza è tutelata legalmente: il testo e gli eventuali documenti allegati contengono informazioni riservate esclusivamente ai destinatari. L'accesso e l'uso delle presenti informazioni da parte di qualsiasi soggetto non autorizzato sono vietati. Qualora abbia ricevuto la presente e-mail per errore è cortesemente pregato di provvedere alla sua immediata distruzione.*

---

**Da:** Balsamo, Alfonso [mailto:[alfonso.balsamo.ext@siemens-healthineers.com](mailto:alfonso.balsamo.ext@siemens-healthineers.com)]  
**Inviato:** giovedì 23 maggio 2024 13:03

**A:** Dario Rinaldi

**Cc:** Paola Pace; Urologia Pescara; Matteo Cipriani; [ASSISTENZAMEDICALI.PESCARA@ISM-SMS.IT](mailto:ASSISTENZAMEDICALI.PESCARA@ISM-SMS.IT)

**Oggetto:** Proposta di dismissione di stampante HP cod. E001811 sprovvista di inventario aziendale, ns rdl di rif 2024/01275

Buongiorno ing

Con la presente, **sulla scorta di quanto constatato e registrato sulla seconda pagina del ns rapporto di lavoro 2024/01275 accluso**, riteniamo doveroso proporre la dismissione della stampante in oggetto, stravecchia e superata tecnologicamente, sprovvista tra l'altro da etichetta inventariale aziendale. Certi di Suo email d'assenso, l'abbiamo già ritirata, contrassegnata da ns etichetta di fuori uso e deposita c/o la gabbia aziendale.

**Chiudiamo suggerendo alla coordinatrice dell'UROLOGIA Paola Pace di utilizzare strumentalmente la presente comunicazione per richiedere immediatamente una nuova stampante tramite gli uffici aziendali preposti all'acquisizione di nuovi cespiti mobili.**

Un cordiale saluto

Alfonso Bàlsamo

Siemens Healthcare S.r.l.

**Customer Service – Site Manager**

**Servizio Gestione Manutenzione Apparecchiature Medicali**

c/o AUSL Pescara – Ospedale Santo Spirito

Via Paolini 45, 65124 Pescara

Tel: 085-4219875

Interno: 2963

Fax: 085-4252964

Mobile: +39 344-0379118

mailto:[alfonso.balsamo.ext@siemens-healthineers.com](mailto:alfonso.balsamo.ext@siemens-healthineers.com)

**SIEMENS**  
**Healthineers** 

**Siemens Integrated Service Management™**

**Taking your hospital to the next level of efficiency**

**BECHTLE****BECHTLE DIRECT S.R.L.**

VIA LUIGI NEGRELLI 13

39100 BOLZANO (BZ)

Piva 1705000212

Tel. 0471-548548

Merce In Partenza Da:

BECHTLE DIRECT S.R.L. C/O ICT LOGISTICA

VIA DEL PINO 1 50053 VILLANOVA - EMPOLI (FI)

Spett.

**SIEMENS HEAL. C/O OSP S SPIRIT**

VIA PAOLINI 45

65124 PESCARA

(PE)

Luogo di destinazione

**BAIA: 006-001**

Pagina n.

1

**D.D.T. N. 1426 /CG/7H del 28.06.2024 Cod. Pag. 829****Codice Rif. Descrizione dei beni (Natura-Qualità) Quantità****NOTE PER IL CORRIERE**

Contatto: Laboratorio ATI

Tel. 0854219875

ITALIEN

1042149766

4531741048/4516998656

\* **287386** -Vs.rif.Edi 4516998656 del 27/06/2024

4ZB95A#B19

HP COLOR LASER 150NW 19/4PPM ETH WIFI USB 1YW

S/N CNB1S2J8P8

Vs.rif.Edi 4516998656 del 27/06/2024

**BAIA: 006-001 colli: 1**

1,0

Spedizione a mezzo: **VETTORE**

Aspetto esteriore dei beni:

Causale: **VENDITA C/O**Numero Colli: **1**

Volume MC

0,050

Peso lordo Kg.

6,000

Nr. Trak:

Vettore Incaricato del Trasporto: **ICT LOGISTICA SPA****VIA DEL PINO 1 50053 EMPOLI (FI)**

Firma Vettore

Firma Mittente

Firma destinatario (per ricevuta)

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/01559/05

Data Inizio 02/07/2024

Ora Inizio 15:42

Tipo Straordinaria

Data Fine 02/07/2024

Ora Fine 16:12

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E001812

Descrizione PERSONAL COMPUTER BIOMEDICO

Costruttore TOSHIBA CORP MEDICAL SYSTEMS

Modello SATELLITE PRO C650

Presidio PO Pescara

Reparto UOC UROLOGIA

Stanza PE OVEST | 7 | SALA ENDOSCOPICA

Matricola 7A241850Q

Inventario Ente A000332

GUASTO RISCONTRATO

richiesta stampante

DESCRIZIONE INTERVENTO

effettuata installazione nuova stampante più prove di buon funzionamento

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 l'eventuale dismissione

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

TECNICO

Cognome Nome

Firma

Cipriani Matteo



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

Paola pace





**AZIENDA U.S.L. DI PESCARA  
SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTRONOMICHE**

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE**  
 Inviare via mail a [assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it)  
 via FAX (int):2964 (est):085-4252964

<b>DETTAGLIO RICHIESTA</b> (compilazione a cura del richiedente)		
Data Richiesta:	25.6.24	Numero: .....
Richiedente:	LORENA SACRIPANE	Telefono: 2435
Presidio/Distretto:	PESCARA	
Reparto:	S.O.	
Inventario N.PE/:	5002392 (Obbligatorio se presente)	
Barrare se applicabile	<input type="checkbox"/> Comodato/Leasing/Service	
Apparecchiatura:	CAVO PLASTICA	
Ditta Costruttrice:	ERBE	
Modello:		Matricola/Seriale: 5003392
<b>SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE</b>		
Apparecchio completamente fermo <input checked="" type="radio"/>		Apparecchio parzialmente funzionante <input type="radio"/>
Descrizione guasto/inconveniente		
CAVO SI RICORDA N° 10 CAVI PLASTICA		
X ESIGENZE DI RIPARAZIONE		
FIRMA RICHIEDENTE: Lorena Sacripane		
<b>NON COMPILARE</b> (compilazione a cura dell'ufficio ATI)		
Contratto ATI	<input checked="" type="checkbox"/> N° ODL: 2024/02591	
Garanzia:	<input type="radio"/> Ditta: .....	Telefono: .....
Comodato/Leasing/Service:	<input type="radio"/> Contatto: .....	Intervento previsto il: .....
Convenz. non di Proprietà:	<input type="radio"/> Preventivo N° .....	Data Preventivo: .....
Non competenza ATI:	<input type="radio"/> Inoltrato a: .....	Data Inoltrato: .....
Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....		

STIPULAZIONE  
ALLEGATO C



Codice Fornitore: \_\_\_\_\_ Causale Spedizione: **Vendita** Numero DDT: **4837** Del **17/07/2024** 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	Codice Lotto	Qtà	Prezzo	Sconto in %
UNITA'	OPERATIVA	SIC PESCARA				
SALDO	VS ORDINE	N° 4531725903 DEL 19/06/2024 Rif.offerta n.: 9491 del 17/06/2024				
1441663		CAVO PIASTRA 500cm ERBE ORIG.	1122	Pz 3,00		
1441663		CAVO PIASTRA 500cm ERBE ORIG.	0424	Pz 2,00		

Peso netto \_\_\_\_\_ Peso lordo \_\_\_\_\_ Annotazioni Generiche: **Viaggia con DDT 4836 - 4838 - 4839** Aspetto esteriore dei beni: **SCATOLA** Numero colli **1**

CORRIERE: **TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:**  
 Vettore **Franco C/Addebito**  
**03 TNT**  
 Via della Resistenza 53035 Monteriggioni Si

DATA/ORA RITIRO **17/07/2024 13:44**  
 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 accettano 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 Omnicell Tertia Srl. Si informa inoltre che la merce viaggia a rischio e pericolo del destinatario se spedita in porto assegnato.



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/01591/03

Data Inizio 18/07/2024

Ora Inizio 12:15

Tipo Straordinaria

Data Fine 18/07/2024

Ora Fine 12:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E003392

Presidio PO Pescara

Descrizione ELETTOBISTURI MONOPOLARE / BIPOLARE

Reparto UOSD GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEL BLOCCO OPERATORIO

Costruttore ERBE ELEKTROMEDIZIN GMBH

Stanza PE | TERRA | SALA 2

Modello VIO 300 S

Matricola 11290634

Inventario Ente 00650059448

GUASTO RISCONTRATO

Fornitura cavi piastra.

DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento

Consegnati 5 cavi piastra neutro.

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
20194-078	cavo piastra neutro	5	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 l'eventuale dismissione

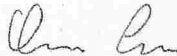
Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Firma

Arena Luca

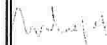


UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

Pepe Antonio



Vs. riferimento  
 Ns. riferimento 2024/01539-01643-01510-  
 P02296-P03240-01586-01587  
 Ns. sigle 2024-02071120  
 Data 02/07/2024

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: 2024-02071120 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2024/01539-01643-01510-P02296-P03240-01586.**

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto elencata siamo a riportare di seguito il dettaglio per la richiesta:

- 2024/01539 del 17/06/2024: Defibrillatore Philips Heartstart FRX c/o DSB di Scafa, inv. E010222, richiesta reparto: "Batteria in esaurimento", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della stessa.
- 2024/01643 del 02/07/2024: Pulsossimetro Nonin 3150 c/o la Pneumologia del PO di Pescara, inv. E000791, richiesta reparto: "Si richiede la fornitura di 02 sensori da utilizzare su tutto il parco macchine saturimetria di reparto".
- 2024/01510 del 14/06/2024: Elettrobisturi Erbe VIO 300S c/o il Blocco Operatorio del PO di Pescara, inv. E003392, richiesta reparto: "Si richiede la fornitura come scorta di reparto di 5 cavi piastra Erbe originali".
- 2024/01586-01587 del 24/06/2024: Defibrillatore Physio Control Lifepak 15 c/o UOC 118 del Po di Pescara, inv. E009180-E009334, richiesta reparto: "si richiede fornitura del materiale perché assente (cavo sensore saturimetro)".
- 2024/P02296: Defibrillatore Physio Control Lifepak 20E c/o la Pneumologia del PO di Pescara, inv. E000346, durante la manutenzione programmata abbiamo constatato la necessità di sostituzione della batteria.
- 2024/P03240: Defibrillatore Physio Control Lifepak 1000 c/o la Chirurgia Plastica del PO di Pescara, inv. E000131, durante la manutenzione programmata abbiamo constatato la necessità di sostituzione della batteria.

Pertanto ci preghiamo 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
7	Tutte	Installazione e controllo funzionale	840 €	0 €
1	2024/01539	Batteria Lithium	380,00 €	380,00 €
2	2024/01643	Soft Sensor WO2	730,00 €	1.460,00 €
5	2024/01510	Cavo Piastra Erbe orig.	150,00 €	750,00 €
2	2024/01586-01587	Sensore SpO2 masimo	370,00 €	740,00 €
1	2024/P02296	Batteria Li-Ion 10.8V orig.	425,00 €	425,00 €
1	2024/P03240	Batteria Li-Ion 12V orig.	395,00 €	395,00 €
<b>PREZZO TOT</b>			<b>4.150,00 €+ IVA</b>	

Distinti saluti  
 La Direzione Tecnica

Associazione Temporanea d'Impresa  
 Siemens Healthcare srl  
 Hospital Consulting spa  
 Marifarma FM srl  
 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 ELETTRONOMICHE**

Inviare via mail a [assistentamedicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistentamedicali.pescara@ism-sms.it)

via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 17/06/2024  
**Richiedente:** DI NARDO GABRIELE  
**Presidio/Distretto:** SEDE DISTRETTUALE DI SCAFA  
**Reparto:** SEDE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DI BUSSI SUL TIRINO  
**Inventario N.PE/:** A003217 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** DEFIBRILLATORE PHILIPS HEART START  
**Ditta Costruttrice:** PHILIPS MEDICAL SISTEM  
**Modello:** HEART START **Matricola/Seriale:** B14E-03904

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente **AVVISO ACUSTICO CONTINUO**  
**BATTERIA IN ESAURIMENTO?**

*S. DI NARDO / AUGUSTO*

**FIRMA RICHIEDENTE**

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

**Contratto ATI**  N° ODL: 2024/01539

**Garanzia:**  Ditta: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Comodato/Leasing/Service:**  Contatto: \_\_\_\_\_ Intervento previsto il: \_\_\_\_\_

**Convenz. non di Proprietà:**  Preventivo N° \_\_\_\_\_ Data Preventivo: \_\_\_\_\_

**Non competenza ATI:**  Inoltrato a: \_\_\_\_\_ Data Inoltrato: \_\_\_\_\_

**Commenti/Altro:** (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....

**DOCUMENTO DI TRASPORTO** Numero **2792 del 10/07/24**  
(D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996

<b>Ragione Sociale</b> Siemens Healthcare S.r.l. Via Vipiteno, 4 20128 MILANO		Codice cliente/fornitore: 2618	<b>Luogo di consegna</b> Siemens Healthcare S.r.l. C/o Laboratorio ATI via Paolini, 45 65124 PESCARA		Presidio ospedaliero Santo Spirito PE
--	--	--------------------------------	--	--	--

<b>Trasporto a mezzo</b> VETTORE	<b>Causale del trasporto</b> VENDITA	<b>Inizio del trasporto</b> 10/07/24 13:47	<b>Vettore</b>
-------------------------------------	---	---	----------------

<b>Istruzioni di consegna</b>	<b>Porto</b> DAP - FRANCO	<b>C.I.G./ C.U.P.</b> 7920276285	<b>Riferimenti destinatario</b> C.a. Mara Serafini Tel: 0039 0854219875
-------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	---

Codice	Descrizione	Quantità	Saldo
310-0249	Vs ordine del 20/06/2024 n. 4531729079 <b>Batteria Lithium Magnese Dioxide monouso Philips</b> Originale consegna ca 10/15 gg da ricezione ordine Part number: M5070A NR 1 lotto n. 05850P	NR 1	Si

<b>Aspetto esteriore dei beni</b> SCATOLA - RICAMBI MEDICALI	<b>Numero colli</b> 1	<b>Peso</b> KG	
<b>Firma mittente</b>	<b>Firma vettore</b>	<b>Firma destinatario</b>	

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

<b>DETTAGLI INTERVENTO</b>			
<b>Codice</b> 2024/01539/06	<b>Data Inizio</b> 12/07/2024	<b>Ora Inizio</b> 09:00	<b>Tipo</b> Straordinaria
			<b>Data Fine</b> 12/07/2024
			<b>Ora Fine</b> 10:30

<b>DETTAGLI APPARECCHIATURA</b>			
<b>Codice Apparecchio</b> E010222	<b>Presidio /</b>		
<b>Descrizione</b> DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO	<b>Reparto</b> UOC ARE DISTRETTUALE MONTANA		
<b>Costruttore</b> PHILIPS MEDICAL SYSTEMS	<b>Stanza</b> NN		
<b>Modello</b> HEARTSTART FRX	<b>Matricola</b> B14B-03904	<b>Inventario Ente</b> A003217	


<b>GUASTO RISCONTRATO</b>
Batteria/e esaurita/e

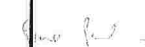
<b>DESCRIZIONE INTERVENTO</b>	
Eseguita sostituzione della batteria. Autotest OK.	
<b>Ore lavoro</b> 01:30	<b>Ore viaggio</b> 00:00

<b>MATERIALI IMPIEGATI</b>			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
M5070A	batteria LiMnO2 9V 4.2Ah	1	NO

<b>ESITO INTERVENTO</b>
[RI] - Richiesta evasa
<small>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</small>

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

<b>TECNICO</b>	
<b>Cognome Nome</b>	<b>Firma</b>
Giuliani Federico	

<b>UTENTE PER PRESA VISIONE</b>	
<b>Cognome Nome</b>	<b>Firma</b>
P. Pulcina	



**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**

Inviare via mail a [assistenzeamministrative.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamministrative.pescara@ism-sms.it)  
 via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 17/08/2023  
**Richiedente:** Ambulatorio Pneumologia  
**Presidio/Distretto:** Pescara  
**Reparto:** Pneumologia  
**Inventario N.PE/:** 87006 600791 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** Saturimetro NONIN  
**Ditta Costruttrice:** NONIN  
**Modello:** WIRST OX  
**Numero:** .....  
**Telefono:** 2365/2906  
**Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo       Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente      3 bracciali dei saturimetri in dotazione sono logori e dovrebbero essere sostituiti  
 2 sensori non funzionano

**FIRMA RICHIEDENTE:** Prosperi Pierpaolo

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

**Contratto ATI:**  N° ODL: 2024/05643      SARPA

**Garanzia:**  Ditta: .....      Telefono: .....

**Comodato/Leasing/Service:**  Contatto: .....      Intervento previsto il: .....

**Convenz. non di Proprietà:**  Preventivo N° .....      Data Preventivo: .....

**Non competenza ATI:**  Inoltrato a: .....      Data Inoltrato: .....

**Commenti/Altro:** (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....

STRORDINARIA

ALLEGATO C



DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/01643/04		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 17/07/2024	Ora Inizio 10:30	Data Fine 17/07/2024	Ora Fine 10:45

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E000791		Presidio PO Pescara	
Descrizione PULSOSSIMETRO		Reparto UOC PNEUMOLOGIA	
Costruttore NONIN MEDICAL INC		Stanza PALAZZINA C   2   Accettazione	
Modello 3150 - WRISTOX2		Matricola 502490267	Inventario Ente 650087006


GUASTO RISCONTRATO	
si richiedono 2 sensori a dito	


DESCRIZIONE INTERVENTO	
si consegnano 2 sensori a dito	
Ore lavoro 00:15	Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
8000sm wo2	soft sensor	2	NO

ESITO INTERVENTO	
[R] - Richiesta evasa	
<small>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</small>	

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

TECNICO	
Cognome Nome	Firma
Crisante Sacha	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
orlando	





**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE**

Inviare via mail a [assistenzedimedicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzedimedicali.pescara@ism-sms.it)  
 via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 14.6.24  
 Richiedente: LORENZA SACRUPANI  
 Presidio/Distretto: PESCARA  
 Reparto: B.O.  
 Inventario N.PE/: P003992 (Obbligatorio se presente)  
 Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service  
 Apparecchiatura: CAVO PLASTRA SAN 5  
 Ditta Costruttrice:  
 Modello: Matricola/Seriale: E003392

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente

SE RICHIESTA CAVO "SCORRA DI REPERITO"  
 LA FERRITURA DI N° 5 CAVI PLASTRA ERBE ORDINAR

FIRMA RICHIEDENTE: Lorenza Sacrupani

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI  N° ODL: 2024/02520  
 Garanzia:  Ditta: Telefono:  
 Comodato/Leasing/Service:  Contatto: Intervento previsto il:  
 Convenz. non di Proprietà:  Preventivo N° Data Preventivo:  
 Non competenza ATI:  Inoltrato a: Data Inoltrato:  
 Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI)  
 STRAORDINARIA

ALLEGATO C



Codice Fornitore: \_\_\_\_\_ Causale Spedizione: **Vendita** Numero DDT: **4982** Del **23/07/2024** 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	Codice Lotto	Qtà	Prezzo	Sconto in %
UNITA' SALDO 1441663	OPERATIVA VS ORDINE	SIC PESCARA N° 4531738158 DEL 25/06/2024 CAVO PIASTRA 500cm ERBE 20194-078 ORIG. (Sostituisce il Cod. ERB-20194-058)	0524	Pz 15,00		

Rozh / 25/20

Peso netto \_\_\_\_\_ Peso lordo \_\_\_\_\_ Annotazioni Generiche: \_\_\_\_\_

Aspetto esteriore dei beni: **SCATOLA** Numero colli **1**

**CORRIERE:** TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO: \_\_\_\_\_  
 Vettore **Franco C/Addebito**  
 03 TNT  
 Via della Resistenza 53035 Monteriggioni Si

DATA/ORA RITIRO: **23/07/2024 08:41**

**ATT.**  
 HOSPITAL CONSULTING MARIFARMA FM  
 C.AUSL PESCARA  
 Via Paolini, 45 - 65124 PESCARA  
 Tel. 085 4262963 - Fax 085 4262064

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 accettano 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.

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/01510/04  
 Data Inizio 25/07/2024 Ora Inizio 13:00  
 Tipo Straordinaria  
 Data Fine 25/07/2024 Ora Fine 13:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E003392  
 Presidio PO Pescara  
 Descrizione ELETTROBISTURI MONOPOLARE / BIPOLARE  
 Reparto UOSD GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEL BLOCCO OPERATORIO  
 Costruttore ERBE ELEKTROMEDIZIN GMBH  
 Stanza PE | TERRA | SALA 2  
 Modello VIO 300 S  
 Matricola 11290634 Inventario Ente 00650059448

GUASTO RISCONTRATO

Consegna cavi piastra.

DESCRIZIONE INTERVENTO

Consegnati 15 cavi piastra neutro.  
 Ore lavoro 00:30 Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
20194-078	cavo piastra Neutro	15	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 l'eventuale dismissione

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

TECNICO

Cognome Nome  
 Arena Luca  
 Firma 

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome  
 Cascino  
 Firma 



**AZIENDA U.S.L. DI PESCARA**  
**SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTRONOMICHE**

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE**

Inviare via mail a [assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it)

via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 24.06.2011  
 Richiedente: D. SARDINI  
 Presidio/Distretto: PO PESCARA  
 Reparto: UP SUEM PE  
 Inventario N.PE/: 89981 (Obbligatorio se presente)  
 Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service  
 Apparecchiatura: MONITOR PER BRILLORE E009180  
 Ditta Costruttrice: PHYSIO CONTROL  
 Modello: LIFEPAK 15 Matricola/Seriale: E009180

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente

SI RICHIEDE SENSORE SANNI NERO RILUZZABILE  
 PER APPARECCHIATURA SOPRA DESCRITTA -

FIRMA RICHIEDENTE: D. SARDINI

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI  N° ODL: 2024/01586  
 Garanzia:  Ditta: Telefono:  
 Comodato/Leasing/Service:  Contatto: Intervento previsto il:  
 Convenz. non di Proprietà:  Preventivo N° Data Preventivo:  
 Non competenza ATI:  Inoltrato a: Data Inoltrato:

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

STRAORDINARIA





**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**

Inviare via mail a [assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it)

via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 24.06.2024 Numero: .....

Richiedente: D. SARDOINI Telefono: 347 192444

Presidio/Distretto: PO PESCARA

Reparto: UR SUEN PE

Inventario N.PE/: 68.077 (Obbligatorio se presente) EC09334

Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service

Apparecchiatura: URPELAK PER MONITOR DEFIBRILLAZIONE

Ditta Costruttrice: PHYSIOCONTROL

Modello: URPELAK 15 Matricola/Seriale: EC09334

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente SI RICHIEDE SOSTITUIRE SOTTO  
IL RIVOLGIBILE PER APPARECCHIATURA SOPRA  
PESCARA -

FIRMA RICHIEDENTE: D. SARDOINI

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI  N° ODL: 2024/01587

Garanzia:  Ditta: ..... Telefono: .....

Comodato/Leasing/Service:  Contatto: ..... Intervento previsto il: .....

Convenz. non di Proprietà:  Preventivo N° ..... Data Preventivo: .....

Non competenza ATI:  Inoltrato a: ..... Data Inoltrato: .....

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....

**STRAORDINARIA**



## DOCUMENTO DI TRASPORTO

Numero 2790 del 10/07/24  
(D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996

<b>Ragione Sociale</b> Siemens Healthcare S.r.l. Via Vipiteno, 4 20128 MILANO		Codice cliente/fornitore: 2618	<b>Luogo di consegna</b> Siemens Healthcare S.r.l. C/o Laboratorio ATI via Paolini, 45 65124 PESCARA		Presidio ospedaliero Santo Spirito PE
<b>Trasporto a mezzo</b> VETTORE	<b>Causale del trasporto</b> VENDITA	<b>Inizio del trasporto</b> 10/07/24 13:43	<b>Vettore</b> Fedex Express Italy S.r.l.		
<b>Istruzioni di consegna</b>	<b>Porto</b> DAP - FRANCO	<b>C.I.G./ C.U.P.</b> 7920276285	<b>Riferimenti destinatario</b> C.a. Alfonso Balsamo Tel: 0039 0854219875		

Codice	Descrizione	Quantità	Saldo
100-1343	Vs ordine del 5/07/2024 n. 4531761265 <b>Sensore SpO2 Masimo Rainbow gomma adulto, OEM</b> Originale Consegna: ca 5/7 gg da ricezione ordine Part number: DBI-DC8 2644 NR 2 lotto n. 24DBJ	NR 2	Si

<b>Aspetto esteriore dei beni</b> SCATOLA - RICAMBI MEDICALI	<b>Numero colli</b> 1	<b>Peso</b> KG 1	
<b>Firma mittente</b>	<b>Firma vettore</b>	<b>Firma destinatario</b>	

# Rapporto di intervento di manutenzione

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

Attività amministrativa - 2024/01586/05

Manutenzione - Straordinaria

Data inizio 23/07/2024 08:34

Data fine 23/07/2024 08:35

Guasto riscontrato

Descrizione intervento Sensore consegnato a Daniela Sardini.

Esito: RI - Richiesta evasa

## Anagrafica apparecchio

Apparecchio E009180

Inventario ente 89981

Matricola 48213801

Struttura PO Pescara

Padiglione PE

Reparto UOC 118

Stanza AMBULANZA - FW 726 YF

Piano TERRA

Descrizione DEFIBRILLATORE MONITOR

Costruttore PHYSIO CONTROL INC

Modello LIFEPAK 15

## Tecnico/i

Nome

Ore lavoro

Ore viaggio

Km

Alfonso Balsamo

00:00:59

*Per ricevuta*

*X. S. S. S.*

*Te 23/07/24*



# Rapporto di intervento di manutenzione

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

Attività amministrativa - 2024/01587/05

Manutenzione - Straordinaria

Data inizio 23/07/2024 08:35

Data fine 23/07/2024 08:36

Guasto riscontrato

Descrizione intervento 5G250A297

Esito: RI - Richiesta evasa

## Anagrafica apparecchio

Apparecchio E009334

Inventario ente 00650068077

Matricola 40548505

Struttura PO Pescara

Padiglione PE

Reparto UOC 118

Stanza AMBULANZA MONTESILVANO - FW 724 YF

Piano TERRA

Descrizione DEFIBRILLATORE MONITOR

Costruttore PHYSIO CONTROL INC

Modello LIFEPAK 15

## Tecnico/i

Nome

Ore lavoro

Ore viaggio

Km

Alfonso Balsamo

00:00:59

Per ricevuta

~~X Saverio~~

Pe 23/07/24

# Richiesta d'Intervento

## AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

### Dettaglio richiesta - 2024/P02296 Tipo - Preventiva

<b>Data</b> 20/05/2024 00:00	<b>Data guasto</b>	<b>Data ripristino</b> 07/06/2024 11:15
<b>Richiedente</b>	<b>Altro richiedente</b>	
<b>Tecnico assegnatario</b> Marino Sborgia	<b>Contratto</b> 0834 - SIC - HC HOSPITAL CONSULTING SPA	
<b>Guasto segnalato</b>		
<b>Note</b> Da trattare come straordinaria, quando viene sostituita la batteria farlo sapere a Giovanni semmai dandogli una copia del ns rdl dal quale si evince la sostituzione. Alfonso		

### Anagrafica apparecchio

<b>Apparecchio</b> E000346	<b>CIVAB</b> 026PHY@1	<b>Inventario ente</b> 650069190
<b>Struttura</b> PO Pescara	<b>Ubicazione</b> Via Fonte Romana, 8 Pescara	
<b>Padiglione</b> PE NORD	<b>Piano</b> 7	
<b>Reparto</b> UOC PNEUMOLOGIA	<b>Stanza</b> CORRIDOIO	
<b>Costruttore</b> PHYSIO CONTROL INC	<b>Modello</b> LIFEPAK 20E	<b>Matricola</b> 40959222
<b>Descrizione</b> DEFIBRILLATORE MONITOR		
<b>Centro di costo</b>		

### Interventi

2024/P02296/04 07/06/2024 RI - Richiesta evasa	<b>Guasto riscontrato</b> Nessuno - Attività programmata <b>Descr. attività</b> Effettuata attività programmata come da Protocollo, batteria arrivata di fatto il 13.06.2024 ma Marino ha utilizzato un'altra che avevamo a magazzino per anticipare i tempi, cod. Omniacell1101188. <b>Note</b>
2024/P02296/03 05/06/2024 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi	<b>Guasto riscontrato</b> <b>Descr. attività</b> Si autorizza preventivo Omniacell n° 8829 del 04.06.2024 per la fornitura di 01 batteria originale per LP20E non ricaricabile, codice 1101188, tempi di consegna "pronti". <b>Note</b>
2024/P02296/02 04/06/2024 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi	<b>Guasto riscontrato</b> <b>Descr. attività</b> Richiesto preventivo a Omniacell per la fornitura di n. 01 batteria lifepak 20 e <b>Note</b>
2024/P02296/01 31/05/2024 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi	<b>Guasto riscontrato</b> Nessuno - Attività programmata <b>Descr. attività</b> Attività programmata non eseguita <b>Note</b>



Codice Fornitore: \_\_\_\_\_ Causale Spedizione: **Vendita** Numero DDT: **3919** Del **12/06/2024** 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	Codice Lotto	Qtà	Prezzo	Sconto in %
UNITA' SALDO 1101188	OPERATIVA VS ORDINE	SIC PESCARA N° 4531696247 DEL 05/06/2024 Rif.offerta n.: 8829 del 04/06/2024 BATT. Li-Ion 10.8V 6Ah MEDTRONIC ORIG. - LIFEPAK 20E - (Ref. Orig. MEDT-3205296-002, MEDT-11141-000112)	20220822	Pz 1,00		

Peso netto \_\_\_\_\_ Peso lordo \_\_\_\_\_ Annotazioni Generiche: \_\_\_\_\_  
 Aspetto esteriore dei beni: **SCATOLA** Numero colli **1**

CORRIERE: **TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:**  
**Vettore** **Franco C/Addebito**  
**08 BRT S.p.A.**  
**Via della Resistenza n° 4 53035 Monteriggioni Si**  
 DATA/ORA RITIRO **12/06/2024 14:09**  
 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 accettano 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.

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/P02296/04	Tipo Preventiva		
Data Inizio 07/06/2024	Ora Inizio 11:00	Data Fine 07/06/2024	Ora Fine 11:15

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E000346	Presidio PO Pescara		
Descrizione DEFIBRILLATORE MONITOR	Reparto UOC PNEUMOLOGIA		
Costruttore PHYSIO CONTROL INC	Stanza PE NORD   7   CORRIDOIO		
Modello LIFEPAK 20E	Matricola 40959222	Inventario Ente	650069190

GUASTO RISCONTRATO	
Nessuno - Attività programmata	

DESCRIZIONE INTERVENTO	
Effettuata attività programmata come da Protocollo	
Ore lavoro 00:15	Ore viaggio 00:00

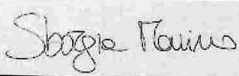
MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
1101188	batteria	1	NO


PROTOCOLLO	
Codice 02801	Manutenzione preventiva su DEFIBRILLATORE MONITOR

ATTIVITA' SVOLTE		Rev.4 del 08/10/2012
Pulizia apparecchiatura		
Controllo integrità cavo/i paziente, elettrodo/i e relative connessioni		OK
Controllo integrità dell'involucro dell'apparecchiatura		OK
Controllo funzionamento comandi diretti di attivazione e regolazione		OK
Controllo integrità supporti		OK
Controllo accessori (se disponibili)		OK
Controllo funzionamento luci, indicatori, spie luminose, display e similari		OK
Controllo integrità e scadenza piastre per la defibrillazione		OK
Controllo fusibili		OK
Controllo funzionamento del caricabatterie o alimentatore		NV
Controllo funzionamento sistema di registrazione e prova di stampa		OK
Controllo batterie		OK
Controllo assenza di fuoriuscita di acido e ossido dalla batteria		OK
Autotest diagnostico/autocalibrazione dell'apparecchiatura		OK
Legenda: OK= attività eseguita con esito positivo KO = attività eseguita con esito negativo NA = attività non pertinente / non applicabile sull'apparecchio NV = attività non verificabile sull'apparecchio oggetto dell'intervento		OK

ESITO INTERVENTO	
[RI] - Richiesta evasa	
<small>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</small>	

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

TECNICO	
Cognome Nome	Firma
Sborgia Marino	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
maria luisa buonagiunto	

# Richiesta d'Intervento

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

## Dettaglio richiesta - 2024/P03240 Tipo - Preventiva

<b>Data</b> 29/06/2024 08:00	<b>Data guasto</b>	<b>Data ripristino</b> 26/06/2024 08:30
<b>Richiedente</b> Chiara Vettori	<b>Altro richiedente</b>	
<b>Tecnico assegnatario</b> Marino Sborgia	<b>Contratto</b> 0834 - SIC - HC HOSPITAL CONSULTING SPA	
<b>Guasto segnalato</b>		
<b>Note</b>		

## Anagrafica apparecchio

<b>Apparecchio</b> E000131	<b>CIVAB</b> B43PHYL1	<b>Inventario ente</b> 650069146
<b>Struttura</b> PO Pescara	<b>Ubicazione</b> Via Fonte Romana, 8 Pescara	
<b>Padiglione</b> PE SUD	<b>Piano</b> 8	
<b>Reparto</b> UOSD CHIRURGIA PLASTICA	<b>Stanza</b> CORRIDOIO	
<b>Costruttore</b> PHYSIO CONTROL INC	<b>Modello</b> LIFEPAK 1000	<b>Matricola</b> 40693844
<b>Descrizione</b> DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO		
<b>Centro di costo</b> PE - CHIRURGIA GENERALE 1 - DEGENZA		

## Interventi

2024/P03240/01	<b>Guasto riscontrato</b> Nessuno - Attività programmata
26/06/2024	<b>Descr. attività</b> Effettuata attività programmata come da Protocollo
RI - Richiesta evasa	<b>Note</b>

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/P03240/01	Tipo Preventiva		
Data Inizio 26/06/2024	Ora Inizio 08:15	Data Fine 26/06/2024	Ora Fine 08:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E000131	Presidio PO Pescara		
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO	Reparto UOSD CHIRURGIA PLASTICA		
Costruttore PHYSIO CONTROL INC	Stanza PE SUD   8   CORRIDOIO		
Modello LIFEPAK 1000	Matricola 40693844	Inventario Ente	650069146

GUASTO RISCONTRATO	
Nessuno - Attività programmata	

DESCRIZIONE INTERVENTO	
Effettuata attività programmata come da Protocollo	
Ore lavoro 00:15	Ore viaggio 00:00


MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
1101032	batteria	1	NO

PROTOCOLLO	
Codice DEF01	Manutenzione preventiva su DEFIBRILLATORE

ATTIVITA' SVOLTE		Rev.6 del 05/06/2017
Pulizia apparecchiatura		
Controllo integrità cavo/i paziente, elettrodo/i e relative connessioni		OK
Controllo integrità dell'involucro dell'apparecchiatura		OK
Controllo funzionamento comandi diretti di attivazione e regolazione		OK
Controllo integrità supporti		OK
Controllo accessori (se disponibili)		OK
Controllo funzionamento luci, indicatori, spie luminose, display e similari		OK
Controllo integrità e scadenza piastre per la defibrillazione		OK
Controllo fusibili		OK
Controllo funzionamento del caricabatterie o alimentatore		NA
Controllo funzionamento sistema di registrazione e prova di stampa		OK
Controllo batterie		OK
Controllo assenza di fuoriuscita di acido e ossido dalla batteria		OK
Autotest diagnostico/autocalibrazione dell'apparecchiatura		OK
Legenda: OK= attività eseguita con esito positivo KO = attività eseguita con esito negativo NA = attività non pertinente / non applicabile sull'apparecchio NV = attività non verificabile sull'apparecchio oggetto dell'intervento		

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 sopradescripto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO	
Cognome Nome	Firma
Sborgia Marino	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
mirrella di camillo	