

	Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
	Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

ENTE: ASL PESCARA

SEZIONE 1 - ESTREMI DELLA FORNITURA

DITTA FORNITRICE PHILIPS SPA

OFFERTA/RDO N° _____ DEL: _____ Non disponibile

ORDINE N° 20-2022-93 DEL: 18/10/2022 Non disponibile

DELIBERA/DETERMINA N° _____ DEL: _____ Non disponibile

DDT N° OP23-059 DEL: 09/03/2023 Non disponibile

DDT N° _____ DEL: _____ Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: € 59.060,00 +IVA

TIT. PROPRIETA': Acquisto; Visione; Comodato service; Noleggio; _____

STRUTTURA: PO PESCARA REPARTO: UOSD GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEL BLOCCO OPERATORIO

PADIGLIONE: PE PIANO: T STANZA: RECOVERY ROOM

CDC: _____ DESCRIZIONE CDC: UOSD GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEL BLOCCO OPERATORIO

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
03	E013390	ECOTOMOGRFO	PHILIPS	EPIQ ELITE	USN22B1538#IT99554 118		€ 42.400,00
	E013391	SONDA ECOGRAFICA	PHILIPS	eL18-4	F089VJ		€ 740,00
	E013392	SONDA ECOGRAFICA	PHILIPS	C5-1	F07YRL		€ 890,00
	E013393	SONDA ECOGRAFICA	PHILIPS	L15-7io	F08PSH		€ 4.490,00
	E013394	RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI BIOIMMAGINI	SONY	UP 898MD	7288023		€ 540,00
	E013395	MODULO ACQUISIZIONE IMMAGINI	PHILIPS	PERCUNAV	FGCO-S09906		€ 10.000,00

SEZIONE 3 - CONFORMITÀ DELLA FORNITURA

Verifica integrità dell'imballaggio, se KO indicare quali ID : _____ [OK] [KO] [NA] [NV]

Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e ordinato (allegata Check list riscontro) [OK] [KO] [NA]

Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e indicato su DDT (allegato DDT riscontro) [OK] [KO] [NA]

Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio; se KO indicare quali ID : _____ [OK] [KO]

Verbale di installazione/collaudo redatto dalla ditta fornitrice in data 16/3/2023 [OK] [KO] [NA] si allega [GP*]

Dichiarazione di conformità dell'impianto di alimentazione dell'apparecchio secondo DM 37/08 [OK] [KO] [NA] si allega [GP*]

* Il personale dell'azienda sanitaria riferisce che tale documentazione è già in loro possesso

Note

ACQUISTO PNRR ORDINE MEPA 6884749 del 21/07/2022, 6918772 del 30/08/2022, 6925660 del 05/09/2022

	Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
	Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO

ID (tabella sezione 2): ⁰³ _____ **Codice Apparecchio:** E013390 **Key number:** _____
 Configurazione: Singolo; A sistema: alimentato da altro apparecchio; A sistema: alimentato dalla rete **Codice padre:** E013390
 Importo delibera di acquisto: € 59.060,00 + IVA importo singolo apparecchio [NA]
 Anno di fabbricazione: 2023 **Numero repertorio:** 2156986 [NA]
 Effettuata Fotografia: [NA] **CND:** Z11040104 [NV]

Accessori forniti con l'apparecchio:

N°	Descrizione	Quantità	Part number	S/N-Lotto
1				
2				
3				
4				

Manuale Utente: Rev _____ Data: _____ Lingua: Italiano; _____ [OK] [KO]
 Manuale Service: Rev _____ Data: _____ Lingua: _____ [OK] [KO] [~~NA~~]

Dichiarazione di conformità: MDD 93/42; MDR 2017/745; IVDD 98/79; IVDR 2017/746; _____ si allega
 Classe di rischio apparecchiatura: _____ [~~NA~~] **Certificato CE (MD/IVD):** [OK] [KO] [NA] si allega
 UDI: _____ [~~NA~~]

Release Software e data: _____ [~~NA~~] **Lingua interfaccia software:** _____
 Indirizzo IP: _____ Gateway: _____ Server address: _____ MAC address: _____
 Fornite password specifiche: _____ [OK] [~~NA~~] [NV]

Normativa/e di riferimento: _____

Check list manutenzione preventiva: _____ [OK] [KO] [~~NA~~] si allega
 Periodicità manutenzione preventiva: _____ si allega
 Altra documentazione: _____

Installazione del bene in accordo alle prescrizioni del fabbricante: [OK] [KO] [NA] [NV]
 Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M), idraulica, pneumatica etc): [OK] [KO] [NA] [NV]
 Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghe: [OK] [KO] [NA]
 Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se diverso dal campo stanza): _____

Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts): [OK] [~~NA~~] [NV]

(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6)
 Durata della garanzia (mesi): 12 **Data inizio garanzia:** 16/3/2023 **Data fine garanzia:** 15/3/2024
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: Vizi occulti; Manutenzione Preventiva; Manutenzione su guasto
 Contratto full risk _____
 Kit Manutenzione _____
 Materiale di consumo _____; [NA]

SEZIONE 5 - VERIFICHE TECNICHE

Verifica di sicurezza elettrica effettuata dal Fornitore: sul luogo di installazione; fabbrica [OK] [KO] [NA] si allega
 Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: sul luogo di installazione; fabbrica [OK] [KO] [NA] si allega
 Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) effettuata da HC: sul luogo di installazione; laboratorio [OK] [KO] [~~NA~~] si allega
Codice richiesta VSE: _____ **Altri controlli:** _____

Note

	Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
	Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

SEZIONE 6 – ESITO COLLAUDO DI ACCETTAZIONE

ESITO CONTROLLO VISIVO

POSITIVO NEGATIVO _____

Commissione
 Data: 16/3/2023
 Nome Cognome: ELSA D'ALOISIO ANNA
 Nome Cognome: _____
 Nome Cognome: _____
 Note: _____

AUSL PESCARA - P.O. PESCARA
 UOSD BLOCCO OPERATORIO
 Coordinatrice Infermieristica
 Firma: Sig.ra ANNA D'ALOISIO
 Firma: _____

Rappresentante del Fornitore
 Nome Cognome: MARCO GIARDINO Data: 16/3/2023 Firma: _____
 Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 15/3/2023 Data fine garanzia: 15/3/2024
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: [] Vizi occulti; [] Manutenzione Preventiva; [] Manutenzione su guasto
 [] Contratto full risk
 [] Kit Manutenzione
 [] Materiale di consumo _____ :[NA]

Note: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

POSITIVO NEGATIVO _____

Tecnico HC – Nome Cognome: G. DI NUNO Data: 16/3/2023 Firma: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – ALTRE VERIFICHE TECNICHE

POSITIVO NEGATIVO _____

Esperto Qualificato (EQ) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Addetto sicurezza laser (ASL) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Eseguite Verifiche e Valutazioni Tecniche: _____
 Note: _____ [OK] [KO] [] si allega

ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

POSITIVO NEGATIVO _____

FORMAZIONE ALL'USO
 Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:
 E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo
 La formazione è stata programata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: 16/03/2023
 Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo

VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE
 L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.
 Responsabile UO – Nome Cognome: ELSA D'ALOISIO A. Data: 16/3/2023
 NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.

AUSL PESCARA - P.O. PESCARA
 UOSD BLOCCO OPERATORIO
 Coordinatrice Infermieristica
 Firma: Sig.ra ANNA D'ALOISIO
 Timbro e Firma: _____

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO _____

Responsabile IC – Nome Cognome: ING. DI LANZC Data: 23/03/2023
*L'esito assegnato è stato elaborato sulla base dei soli controlli ed verifiche che è stato possibile effettuare


U.O.C. Ing. Clinica HT
 Il Coll. Tecnico Prof.le
 Ing. Claudia DI LANZO
 Timbro e Firma: _____

A. S. L. PESCARA
VIA R. PAOLINI N.45
65124 PESCARA, PE
P.Iva IT01397530682

Contratto/Ordine: Ordine NSO n. 20-2022-93 del 18/10/2022.
 MEPA n. 6884749 del 21/07/2022, MEPA n. 6918772 del 30/08/2022,
 MEPA n. 6925660 del 05/09/2022.
 CIG 9335184589 – CUP G24E21005210006
 CUU: UFEAZS End Point: UFEAZS.

Accordo Quadro avente ad oggetto la Fornitura di Ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le Pubbliche Amministrazioni - Accordo Quadro Ecotomografi 2 stipulato ai sensi dell'art.54, comma 4, lettera A), del D.LGS N. 50/2016 s.m.i., dalla Consip S.p.A. – Edizione 2 – Lotti 1 (Sub-Lotto 1.A e 1.B) e 2 (Sub-Lotti 2.A e 2.B)

Oggetto del Contratto: Oggetto del presente Verbale è la fornitura ed installazione di n. 1 Ecotomografo Multidisciplinare mod. Epiq Elite completo di accessori presso il P.O. S. Spirito di Pescara (PE).

Destinatario: P.O. S. Spirito - Via Fonte Roman, 8 - 65122 Pescara (PE) – Rep. Sale Operatorie.

Sales Order Number: 6600617616.040000.

Importo Contrattuale: L'importo della fornitura oggetto del presente Contratto è di:

- Euro 42.400,00 (al netto di IVA) _ MEPA Nr. 6884749 del 21/07/2022 (n. 1 Ecotomografo multidisciplinare mod. Epiq Elite Sub-lotto 1.A).
- Euro 16.660,00 (al netto di IVA) _ MEPA Nr. 6924287 del 02/09/2022 e MEPA Nr. 6925660 del 05/09/2022 (Accessori);

Oggetto del presente Verbale:

N° Ordine	Codice	Codice articolo accordo quadro	Descrizione	Q. tà	Configurazione	Matricola
6884749	795201	EC2_L1_PH_EM	Ecotomografo multidisciplinare Epiq Elite configurazione base con sonde: C5-1 s/n F07YRL; eL18-4 EMT s/n F089VJ	1	IT99554118	USN22B1538
6925660		EC2_L1_PH_MFI_AS	Modalità di Fusion Imaging	1	-	-
6925660	FUS9251	EC2_L1_PH_KIT_SC AS	Kit di biopsia per sonda convex C5-1	1	-	-
6925660	FUS9276	EC2_L1_PH_KIT_SL AS	Kit di biopsia per sonda lineare eL18-4	1	-	-
6918772	FUS9193	EC2_L1_PH_SI_A S	Sonda lineare intraoperatoria hockey stick L15- 7io	1	-	F08PH
6925660	NUSY314	EC2_L1_PH_ST_B N_AS	Stampante termica di tipo medicale B/N Sony Modello UP-D898	1	-	7238023

Impresa Affidataria: Philips S.p.A. con sede Legale ed uffici in Milano, Viale Sarca n. 235.