	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):** <sup>03</sup> \_\_\_\_\_ **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: MAURIZIO 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: 14/02/2023  
 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.