	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		ESAOTE SPA			[] Non disponibile
OFFERTA/RDO	N°	:		DEL:	[] Non disponibile
ORDINE	N°	:	20-2022-92	DEL:	[] Non disponibile
DELIBERA/DETERMINA	N°	:		DEL:	[] Non disponibile
DDT	N°	:	1230107127-7128-7129	DEL:	[] Non disponibile
	N°	:		DEL:	[] Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: _____ +IVA

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

STRUTTURA: PS TOCCO DA CASAURIA REPARTO: _____

PADIGLIONE: _____ PIANO: T STANZA: PCIAIRBUCATORI

CDC: _____ DESCRIZIONE CDC: _____

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
01	E013419	ECOTOMOGRFO	ESAOTE	MYLAB X8 eHD	8900517		€ 31.175,00
	E013420	SONDA ECOGRAFICA	ESAOTE	C1-8	230800501A		
	E013421	SONDA ECOGRAFICA	ESAOTE	L4-15	230700960C		
	E013422	SONDA ECOGRAFICA	ESAOTE	L3-11	230900295A		€ 1.400,00
	E013423	RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI BIOIMMAGINI	SONY	UP-X898MD	7188108		€ 550,00
	E013424	ARCHIVIAZIONE DATI, UNITA' PER	SEAGATE	ONE TOUCH	NABRG8D		€ 440,00
	E013425	MODULO CONNESSIONE PER RETE DATI	TP LINK	TL - WR802N	22261R300188		€ 275,00
	E013426	SISTEMA TRACCIANTE PER CATETERI/SENSORI	ESAOTE	BODYMAP FUSION IMAGING 2D	30080		€ 12.100,00

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 26-03-23 [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 con ordine acquistinretepa N. 6885585 del 21/07/2022, 6939211 del 16/09/2022, 6928699 del 06/09/2022 completo di accessori come specificato nei documenti di trasporto.

L'hard disk esterno ed il router TP Link sono installati nel case della macchina.

La voce "MyLab Tablet" presente in bolla, rappresenta un'opzione software e non un componente hardware

 Hospital Consulting SANITA' E AMBIENTE	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: 24-03-23

Nome Cognome: DANTE ORLANDO Firma: [Firma]

Nome Cognome: _____ Firma: _____

Nome Cognome: _____ Firma: _____

Note: _____

Rappresentante del Fornitore

Nome Cognome: PASQUALE CAPPELLONE Data: 24-03-23 Firma: [Firma]

Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 24-03-23 Data fine garanzia: 23-03-24

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: SIEFANO CAMPILLO Data: 24-03-23 Firma: [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: ENTRO 12/31-04-23

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 alle specifiche di utilizzo richieste.

Responsabile UO - Nome Cognome: DANTE ORLANDO Data: 24-03-23 Timbro e Firma: [Firma]

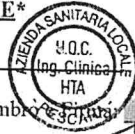
NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO _____

Responsabile IC - Nome Cognome: ING. DILANZO C. Data: 27/03/2023

*L'esito assegnato è stato elaborato sulla base dei soli controlli e/o verifiche che è stato possibile effettuare



U.O.C. Ing. Clinica HTA
 Il Coll. Tecnico Prof.le
 Ing. Claudia DI LANZO
[Firma]