

	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° 1230106958-6959-6960 DEL: 15/03/2023 Non disponibile

DDT N° _____ DEL: _____ Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: _____ +IVA

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

STRUTTURA: PO PESCARA REPARTO: UOC DIAGNOSTICI NEFROLOGIA

PADIGLIONE: PALAZZINA C PIANO: 2 STANZA: NEFROLOGIA 2 LIVELLO

CDC: _____ DESCRIZIONE CDC: _____

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
01	E013429	ECOTOMOGRFO	ESAOTE	MYLAB X8 eHD	8900516		€ 31.175,00
	E013430	SONDA ECOGRAFICA	ESAOTE	C1-8	230800490A		
	E013431	SONDA ECOGRAFICA	ESAOTE	L4-15	230601000C		
	E013432	SONDA ECOGRAFICA	ESAOTE	L3-11	230900292A		€ 1.400,00
	E013433	RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI BIOIMMAGINI	SONY	UP-X898MD	7189081		€ 550,00
	E013434	ARCHIVIAZIONE DATI, UNITA' PER	SEAGATE	ONE TOUCH			€ 440,00
	E013435	MODULO CONNESSIONE PER RETE DATI	TP LINK	TL - WR802N			€ 275,00
	E013436	SISTEMA TRACCIANTE PER CATETERI/SENSORI	ESAOTE	BODYMAP FUSION IMAGING 2D			€ 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 24/03/2023 [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 con ordine acquisti retepa N. 6885585 del 21/07/2022, 6939211 del 16/09/2022, 6526699 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 bolle, rappresenta un'opzione software e non un componente hardware

	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): ⁰¹ _____ **Codice Apparecchio:** E013383 **Key number:** _____
 Configurazione: Singolo; A sistema: alimentato da altro apparecchio; A sistema: alimentato dalla rete **Codice padre:** _____
 Importo delibera di acquisto: _____ + IVA importo singolo apparecchio [NA]
 Anno di fabbricazione: _____ **Numero repertorio:** 2156986 [NA]
 Effettuata Fotografia: [OK] [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):** [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:** 24/03/2023 **Data fine garanzia:** 23/03/2024
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

ASL PESCARA
U.O.C. NEFROLOGIA e DIALISI
Dirigente Medico di 1° Livello
Firma: Dott. Roberto SUMMA
Cod. 7040
Firma: _____
Firma: _____

Commissione
Data: 24/03/2023
Nome Cognome: _____
Nome Cognome: Dott. SUMMA ROBERTO
Nome Cognome: _____
Note: _____

Rappresentante del Fornitore
Nome Cognome: CAPPALONE PASQUALE Data: 24/03/2023 Firma: [Signature]
Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 24/03/2023 Data fine garanzia: 23/03/2024
Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: [] Vizi occulti; [] Manutenzione Preventiva; [] Manutenzione sul guasto
[] Contratto full risk
[] Kit Manutenzione
[] Materiale di consumo _____; [NA]
Note: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

POSITIVO NEGATIVO

Tecnico HC – Nome Cognome: DICATI G. Data: 24/03/2023 Firma: [Signature]

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: _____ [OK] [KO] [] si allega
Note: _____

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: _____
 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: Dott. SUMMA ROBERTO Data: 24/03/2023 Timbro e Firma: [Signature]
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. DI LANZO C. Data: 27/03/2023


U.O.C. Ing. Clinica HTA
 Il Coll. Tecnico Prof.le
 Ing. Claudia DI LANZO
Claudia Di Lanzo

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



Esaote S.p.a.
Sede Legale e Direzione:
Via Enrico Meloni, 77 - 16152 Genova
Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento di Shanghai
Luzi Enterprise Management Consultancy Center (Limited Partnership)

Assistenza
telef: 800/372590
fax: 055/4229450
email: assistenza.technica@esaote.com

Sedi Operative:
Genova
telef: 010/65471
Firenze
telef: 055/42291

Verbale di collaudo e accettazione merce

Data: 24/03/2023

Tecnico: Pasquale Cappellone

Materiale fornito con:

D.D.T. Nr:

0080334780

del: 15/03/2023

Committente: AZIENDA U.S.L. PESCARA VIA R. PAOLINI, 47 65124, PESCARA, PE	Destinazione: DIALISI 1 E 2 - P.O. DI PESCARA VIA RENATO PAOLINI 47 65124, PESCARA, PE
---	--

In data 24/03/2023

si è provveduto al collaudo delle sotto elencate apparecchiature:

Installazione	Codice	Descrizione	Qta
IT409601-30	120000014	L 3-11 SN 230900292A	1
IT409601-39	140042500	Fusion 2D (BodyMap) Kit	1
IT409601-50	140045000	Wireless N Nano Router kit	1
IT409601-10	140046500	EXTERNAL HD (5TB) USB POWERED	1
IT409601-70	141008200	KIT USB CABLE+ JUMPER CORD	1
IT409601-37	141016000	MOTION SENSOR STARTER KIT	1
IT409601-33	340040800	Protocols License	1
IT409601-51	340040900	Libraries License	1
IT409601-90	340042400	eDoppler	1
IT409601-35	340042600	MylabTablet	1
IT409601-31	510000014	SONY UP-X898MD B&W THERMAL PRINT SN 7189081	1

Si dichiara che le apparecchiature sono conformi a quelle ordinate e che sono perfettamente funzionanti.

Per ESAOTE S.p.A.
Pasquale Cappellone

Per il CLIENTE
dr. Summa