

Azienda Sanitaria Locale di Teramo  
Presidio Ospedaliero "G. Mazzini" - Piazza Italia 1  
64100 - Teramo  
U.O.S.D. Ingegneria Clinica  
Fax: 0861/429814  
Alla c.a. dell' Ing. Fabiola Fiore

Teramo, 06/09/2022  
Ns prot. W2209062

**Oggetto: Lettera di trasmissione collaudo eseguito su Sistema polifunzionale per radiologia digitale presso U.O.C. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA del P.O. di Sant'Omero.**

Con la presente si trasmette verbale di collaudo per il quale la scrivente ATI ha dato proprio supporto tecnico.

In particolare le apparecchiature collaudate in data 09/08/2022 sono le seguenti:

- **0020696 - ARMADIO DELL'ELETTRONICA - GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL - SIREVIX PF2 - 2046921**
- **0020697 - SISTEMA POLIFUNZIONALE PER RADIOLOGIA DIGITALE GMS - GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL - SIREVIX PF2 - TD0005200A**
- **0020693 - CONSOLLE DI COMANDO GMS - GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL - SIREVIX PF2 - 2046921**
- **0020694 - LETTORE/ DETETTORE A FLAT PANEL - THALES ELECTRON DEVICES - PIXIUM PORTABLE 3543 EZ - 2214DF**
- **0020695 - ARMADIO DELL'ELETTRONICA - GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL - SIREVIX - 5186-I21**
- **0020692 - MONITOR PER COMPUTER - DELL COMPUTER CORP - P2418HT - CN-OCV1HD-WSL00-22F-AKYL**
- **0020664 - MONITOR TELEVISIVO PER BIOIMMAGINI - EIZO NANA0 CORP RADIFORCE MS 236WT - 30109091**
- **0020714 - ARMADIO DELL'ELETTRONICA - GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL - SIREVIX DR - 2022PA04**
- **0020716 - CARICABATTERIE ELETTROMEDICALE - TRIXELL - CHARGER 2 EZ - DY15681**
- **0020715 - ARMADIO DELL'ELETTRONICA - GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL - INSIDE - 12330**

W2209062 - Lettera di trasmissione collaudo eseguito su Sistema polifunzionale per radiologia digitale presso U.O.C. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA del P.O. di Sant'Omero.

Il Collaudo si è concluso, per quanto di ns competenza con esito positivo.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

*Per il Responsabile Marifarma FM*

*Ing. Michela D'Ignazio*





Modulistica  
COLLAUDO DI APPARECCHIATURA  
ELETTROMEDICALE

Documento: PA 07 01

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

U.O.C. Fisica Sanitaria

pag. 1 di 4

SEZIONE 1 - ESTREMI DELLA FORNITURA

DITTA FORNITRICE GMS MED  Non disponibile  
 OFFERTA/RDO N° : 2748578 DEL: \_\_\_\_\_  Non disponibile  
 ORDINE/CIG N° : 8596436367 DEL: \_\_\_\_\_  Non disponibile  
 DELIBERA/ORDINANZA N° : 1196 DEL: 02/07/2021  Non disponibile  
 DDT N° : \_\_\_\_\_ DEL: \_\_\_\_\_  Non disponibile  
 N° : \_\_\_\_\_ DEL: \_\_\_\_\_  Non disponibile  
 IMPORTO DELLA FORNITURA: 217.160,00 € +IVA  
 TIT. PROPRIETA':  Acquisto;  Visione;  Comodato/service;  Noleggio;  \_\_\_\_\_  
 STRUTTURA: OSP. DI SANTIOMELE REPARTO: RADIOLOGIA  
 PADIGLIONE: \_\_\_\_\_ PIANO: -1 STANZA: \_\_\_\_\_  
 CDC: 7665 DESCRIZIONE CDC: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA S.OMERO

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente
0020697	SISTEMA POLIFUNZIONALE PER RADIOLOGIA	GMS	SIREVIX	TD00052 00A	
0020693	CONSOLLE DI COMANDO	GMS	SIREVIX PF2	2066921	
0020694	DETECTORI WIFI	THALES	PIXIUM 3543 EFC	2214DF	
0020692	MONITOR MEDICALE	DELL	P241847T	CN-0CV1 HD-WSL00-22F-AKYL	
0020666	MONITOR MEDICALE	EIZO	M5236 WT -BK	3810 9091	
0020695	ARMADIO ELETTRONICA	GMS MED	PROGRAM USB R 306.48	5186-I21	
0020696	"	"	SIREVIX PF2	2066921	
0020714	"	"	PENSIL DR	2022 PA04	
0020715	"	"	INSIDE	12330	
0020716	CARICA BATTERIA	TRIXELL	CHARGER ZEZ	DY 15681	

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 09/08/2021  [OK] [KO] [NA]  si allega [GP\*]  
 Dichiarazione di conformità dell'impianto di alimentazione dell'apparecchio secondo DM 37/08  [OK] [KO]  si allega [GP\*]

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

Note

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO**

ID (tabella sezione 2): \_\_\_\_\_ Codice Apparecchio: 00 20697 Key number: \_\_\_\_\_  
 Configurazione:  Singolo;  A sistema: alimentato da altro apparecchio;  A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: 0020697  
 Importo delibera di acquisto: \_\_\_\_\_ + IVA  importo singolo apparecchio   
 Anno di fabbricazione: f Numero repertorio: 131935 [NA]  
 Effettuata Fotografia:  [NA] CND: \_\_\_\_\_ [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: II B [NA] Certificato CE (MD/IVD):  [KO] [NA]  si allega  
 UDI: \_\_\_\_\_ [NV]

Release Software e data: \_\_\_\_\_ [NV] 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]  [ ] si allega  
 Periodicità manutenzione preventiva: \_\_\_\_\_ [ ] si allega  
 Altra documentazione: \_\_\_\_\_

Installazione del bene in accordo alle prescrizioni del fabbricante: \_\_\_\_\_  [KO] [NA] [NV]  
 Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M), idraulica, pneumatica etc): \_\_\_\_\_  [KO] [NA] [NV]  
 Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghe: \_\_\_\_\_  [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): \_\_\_\_\_ Data inizio garanzia: \_\_\_\_\_ Data fine garanzia: \_\_\_\_\_  
 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  [KO] [NA]  si allega  
 Verifica funzionale effettuata dal Fornitore:  sul luogo di installazione;  fabbrica  [KO] [NA]  si allega  
 Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) effettuata da HC:  sul luogo di installazione;  laboratorio  [KO] [NA]  si allega  
 Codice richiesta VSE: \_\_\_\_\_ Altri controlli: \_\_\_\_\_

**Note**



U.O.C. Fisica Sanitaria

Modulistica
COLLAUDO DI APPARECCHIATURA
ELETTROMEDICALE

Documento: PA 07 01

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

pag. 2 di 4

SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO

ID (tabella sezione 2): Codice Apparecchio: 00 20692 Key number:

Configurazione: [ ] Singolo; [ ] A sistema: alimentato da altro apparecchio; [X] A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: 0020697

Importo delibera di acquisto: + IVA [ ] importo singolo apparecchio [NA]

Anno di fabbricazione: Numero repertorio: [NA]

Effettuata Fotografia: [X] [NA] CND: [NA]

Accessori forniti con l'apparecchio:

Table with 5 columns: N°, Descrizione, Quantità, Part number, S/N-Lotto. Rows 1-4 are empty.

Manuale Utente: Rev Data: Lingua: [X] Italiano; [ ] [OK] [X]

Manuale Service: Rev Data: Lingua: [OK] [KO] [NA]

Dichiarazione di conformità: [X] MDD 93/42; [ ] MDR 2017/745; [ ] IVDD 98/79; [ ] IVDR 2017/746; [ ] [X] si allega

Classe di rischio apparecchiatura: [NA] Certificato CE (MD/IVD): [OK] [KO] [NA] [X] si allega

UDI: [NA]

Release Software e data: [X] 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: [X] [KO] [NA] [NV]

Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M), idraulica, pneumatica etc): [X] [KO] [NA] [NV]

Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghie: [X] [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): Data inizio garanzia: Data fine garanzia:

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; [X] fabbrica [OK] [KO] [NA] [X] si allega

Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: [X] sul luogo di installazione; [ ] fabbrica [OK] [KO] [NA] [X] si allega

Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) effettuata da HC: [ ] sul luogo di installazione; [ ] laboratorio [OK] [KO] [X] [ ] si allega

Codice richiesta VSE: Altri controlli:

Note

Empty box for notes

Empty box for notes



U.O.C. Fisica Sanitaria

Modulistica
COLLAUDO DI APPARECCHIATURA
ELETTROMEDICALE

Documento: PA 07 01

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

pag. 2 di 4

SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO

ID (tabella sezione 2): Codice Apparecchio: 00 20693 Key number:
Configurazione: [ ] Singolo; [X] A sistema: alimentato da altro apparecchio; [ ] A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: 0020697
Importo delibera di acquisto: + IVA [ ] importo singolo apparecchio [NA]
Anno di fabbricazione: Numero repertorio: 208 2468 [NA]
Effettuata Fotografia: [X] [NA] CND: 211030702 [NV]

Accessori forniti con l'apparecchio:

Table with 5 columns: N°, Descrizione, Quantità, Part number, S/N-Lotto. Rows 1-4 are empty.

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

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

Release Software e data: [X] 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] [X] [ ] si allega
Periodicità manutenzione preventiva: [ ] si allega
Altra documentazione:

Installazione del bene in accordo alle prescrizioni del fabbricante: [X] [KO] [NA] [NV]
Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M), idraulica, pneumatica etc): [X] [KO] [NA] [NV]
Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghie: [X] [KO] [NA]

Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se diverso dal campo stanza):
Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts): [OK] [X] [NV]

(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6)
Durata della garanzia (mesi): Data inizio garanzia: Data fine garanzia:
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; [X] fabbrica [X] [KO] [NA] [X] si allega
Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: [X] sul luogo di installazione; [ ] fabbrica [X] [KO] [NA] [X] si allega
Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) effettuata da HC: [ ] sul luogo di installazione; [ ] laboratorio [OK] [KO] [X] [ ] si allega
Codice richiesta VSE: Altri controlli:

Note

Empty box for notes

Empty box for notes



Modulistica  
**COLLAUDO DI APPARECCHIATURA  
 ELETTROMEDICALE**

Documento: PA 07 01

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

U.O.C. Fisica Sanitaria

pag. 2 di 4

**SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO**

ID (tabella sezione 2): \_\_\_\_\_ Codice Apparecchio: 00 20696 Key number: \_\_\_\_\_  
 Configurazione:  Singolo;  A sistema: alimentato da altro apparecchio;  A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: 0020697  
 Importo delibera di acquisto: \_\_\_\_\_ + IVA  importo singolo apparecchio   
 Anno di fabbricazione: \_\_\_\_\_ Numero repertorio: 218 0959 [NA]  
 Effettuata Fotografia:  [NA] CND: 81031180 [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]   
 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: IIB [NA] Certificato CE (MD/IVD):  [KO] [NA]  si allega  
 UDI: \_\_\_\_\_ [NV]

Release Software e data: \_\_\_\_\_ [NV] 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 prolunghie: \_\_\_\_\_ [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): \_\_\_\_\_ Data inizio garanzia: \_\_\_\_\_ Data fine garanzia: \_\_\_\_\_  
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia:  Vizi occulti;  Manutenzione Preventiva;  Manutenzione su guasto  
 Contratto full risk  
 Kit Manutenzione \_\_\_\_\_  
 Materiale di consumo \_\_\_\_\_; [NV]

**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**

---



---



---



---



Modulistica  
**COLLAUDO DI APPARECCHIATURA  
 ELETTROMEDICALE**

Documento: PA 07 01

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

U.O.C. Fisica Sanitaria

pag. 2 di 4

**SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO**

ID (tabella sezione 2): \_\_\_\_\_ Codice Apparecchio: 00 20696 Key number: \_\_\_\_\_

Configurazione: [ ] Singolo; [ ] A sistema: alimentato da altro apparecchio; [ ] A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: 0020697

Importo delibera di acquisto: \_\_\_\_\_ + IVA [ ] importo singolo apparecchio [NA]

Anno di fabbricazione: \_\_\_\_\_ Numero repertorio: 1685124 [NA]

Effettuata Fotografia: [OK] [NA] CND: 2 110 39011 [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): \_\_\_\_\_ Data inizio garanzia: \_\_\_\_\_ Data fine garanzia: \_\_\_\_\_

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]  [ ] si allega

Codice richiesta VSE: \_\_\_\_\_ Altri controlli: \_\_\_\_\_

**Note**

---



---



---



---





Modulistica  
**COLLAUDO DI APPARECCHIATURA  
 ELETTROMEDICALE**

Documento: PA 07 01

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

U.O.C. Fisica Sanitaria

pag. 2 di 4

**SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO**

ID (tabella sezione 2): \_\_\_\_\_ Codice Apparecchio: 00 20696 Key number: \_\_\_\_\_  
 Configurazione:  Singolo;  A sistema: alimentato da altro apparecchio;  A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: 0020697  
 Importo delibera di acquisto: \_\_\_\_\_ + IVA  importo singolo apparecchio  [NV]  
 Anno di fabbricazione: ✓ \_\_\_\_\_ Numero repertorio: 2082468 [NA]  
 Effettuata Fotografia:  [OK] [NA] CND: 2110 30702 [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: II B [NA] Certificato CE (MD/IVD):  [OK] [KO] [NA]  si allega  
 UDI: \_\_\_\_\_  [NV]

Release Software e data: \_\_\_\_\_  [NV] 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): \_\_\_\_\_ Data inizio garanzia: \_\_\_\_\_ Data fine garanzia: \_\_\_\_\_  
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia:  Vizi occulti;  Manutenzione Preventiva;  Manutenzione su guasto  
 Contratto full risk \_\_\_\_\_  
 Kit Manutenzione \_\_\_\_\_  
 Materiale di consumo \_\_\_\_\_;  [NV]

**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

---



---



---



Modulistica  
**COLLAUDO DI APPARECCHIATURA  
 ELETTROMEDICALE**

Documento: PA 07 01

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

U.O.C. Fisica Sanitaria

pag. 2 di 4

**SEZIONE 4 - SCHEDE APPARECCHIO**

ID (tabella sezione 2): \_\_\_\_\_ Codice Apparecchio: 00 206 64 Key number: \_\_\_\_\_  
 Configurazione:  Singolo;  A sistema: alimentato da altro apparecchio;  A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: 0020697  
 Importo delibera di acquisto: \_\_\_\_\_ + IVA  importo singolo apparecchio   
 Anno di fabbricazione: \_\_\_\_\_ Numero repertorio: 2260121 [NA]  
 Effettuata Fotografia:  [NA] CND: 211900802 [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]   
 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: \_\_\_\_\_

Release Software e data: \_\_\_\_\_  Lingua interfaccia software: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo IP: \_\_\_\_\_ Gateway: \_\_\_\_\_ Server address: \_\_\_\_\_ MAC address: \_\_\_\_\_  
 Fornite password specifiche: \_\_\_\_\_ [OK]  [NV]

Normativa/e di riferimento: \_\_\_\_\_

Check list manutenzione preventiva: \_\_\_\_\_ [OK] [KO]  [ ] 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]  [NV]

(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6)  
 Durata della garanzia (mesi): \_\_\_\_\_ Data inizio garanzia: \_\_\_\_\_ Data fine garanzia: \_\_\_\_\_  
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia:  Vizi occulti;  Manutenzione Preventiva;  Manutenzione su guasto  
 Contratto full risk \_\_\_\_\_  
 Kit Manutenzione \_\_\_\_\_  
 Materiale di consumo \_\_\_\_\_;

**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]  [ ] si allega  
 Codice richiesta VSE: \_\_\_\_\_ Altri controlli: \_\_\_\_\_

Note

---



---



---

\_\_\_\_\_



U.O.C. Fisica Sanitaria

Modulistica
COLLAUDO DI APPARECCHIATURA
ELETTROMEDICALE

Documento: PA 07 01

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

pag. 3 di 4

SEZIONE 6 - ESITO COLLAUDO DI ACCETTAZIONE

ESITO CONTROLLO COMPLESSIVO E COMPLETEZZA DELLA FORNITURA

[X] POSITIVO [ ] NEGATIVO [ ]

Personale Ingegneria Clinica

Data: 09/08/2022

Il collaudatore/verificatore (ex art. 102 D. Lgs. 50/2016)

Nome Cognome: CARLO CASTAGNOLA

Note:

AUSL 4 TERAMO
Il meglio per il tuo territorio
Servizio d'Ingegneria Clinica
Ingegnere Clinico
(Ingegnere Claudio Castagnola M.)

Rappresentante del Fornitore

Nome Cognome: MICHAEL PATTON Data: 09/08/2022 Firma: [Signature]

Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 09/08/2022 Data fine garanzia: 08/08/2023

Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: [X] Vizi occulti; [X] Manutenzione Preventiva; [X] Manutenzione su guasto

[ ] Contratto full risk [ ] Kit Manutenzione [ ] Materiale di consumo [NA]

Note: COLLAUDO FATTENDICILE PER ALTA 3 ANNI

ESITO VERIFICHE TECNICHE - VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

[X] POSITIVO [ ] NEGATIVO [ ]

Tecnico HC - Nome Cognome: ANTONIA SPICCOMI Data: 09/08/2022

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: FEDERICA ROSCO Data: 5/8/2022 Firma: [Signature] [NA]

Eseguite Verifiche e Valutazioni Tecniche: [X] [OK] [KO] [ ] si allega

Note:

ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

[X] 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

[X] La formazione è stata programata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: 29-30-31 AGOSTO

[ ] 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: COSCINA Data: 09/08/2022

A.U.S.L. 4 - TERAMO
P.O. "Val Vibrata" - Sant'Omero
U.O.S.D. RADIODIAGNOSTICA
Dirigente Responsabile
Dott. F. COSCINA
AUSL 4 TERAMO

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

[X] POSITIVO [ ] NEGATIVO [ ]

Responsabile IC - Nome Cognome: FIORE FABIOLA Data: 01/08/2022

AUSL 4 TERAMO
Il meglio è nel tuo territorio
Servizio d'Ingegneria Clinica
Ingegnere Biomedico
Ingegnere Fiore
Firma: [Signature]

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