



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI SASSARI

Viale San Pietro, 10 - 07100 SASSARI - C.F. - P. IVA 02268260904

P. DEL 586/2018

DELIBERAZIONE N. 821

DEL 26/10/2018

Oggetto Presa d'atto della fornitura e collaudo delle apparecchiature destinate alla AOU di Sassari nell'ambito del progetto "Rete Nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmoniti da virus A (H1N1).

Table with 2 columns: Struttura Proponente (Affari Generali, Convenzioni e Rapporti con l'Università) and Centro di Costo; Direttore della Struttura Proponente (Dott. Antonio Solinas) and Responsabile del Procedimento.

Estensore Dott.ssa Rossana Puddinu

Il Responsabile della Struttura propone l'adozione del presente provvedimento, attestandone conformità alla norma, la corrispondenza del formato cartaceo al file inserito sul SISAR atti nonché l'utilità e l'opportunità per gli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico. Il Responsabile della Struttura: Dott. Antonio Solinas Firma [signature]

Il Responsabile della Struttura e il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza. Dichiaro inoltre, di aver predisposto la dichiarazione di acquisto inderogabile, agli atti del servizio.

Il presente provvedimento contiene dati sensibili si [] no [x]

Il Responsabile del procedimento: Dott. Antonio Solinas Data 23.10.18 Firma [signature]

Il Responsabile della Struttura: Dott. Antonio Solinas Data 23.10.18 Firma [signature]

Il Responsabile addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso

[] E' [] NON E' (le motivazioni sono allegare alla presente) coerente con le proiezioni economiche comunicate alla Direzione Strategica. Spesa prevista C.E. n.

Il Responsabile del Controllo di Gestione: Data Firma

Il Responsabile del Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.

Il Responsabile del Bilancio: Data Firma

Parere del Direttore Amministrativo

Favorevole [] Non Favorevole [] (con motivazioni allegare al presente atto) Data 26/10/18 Firma [signature]

Parere del Direttore Sanitario

Favorevole [x] Non Favorevole [] (con motivazioni allegare al presente atto) Data 26/10/2018 Firma [signature]

La presente Deliberazione si compone di n. pagine, di cui n. pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI, CONVENZIONI E RAPPORTI CON
L'UNIVERSITÀ**

- VISTO** il Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 517 del 21 dicembre 1999;
- VISTA** la Legge Regionale 28.07.2006 n. 10, “Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna” e ss.mm.ii.;
- VISTO** il Protocollo d’Intesa sottoscritto in data 11.08.2017 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Sassari e Cagliari;
- PRESO ATTO** che l’intesa Stato-Regioni, il 5 novembre 2009 (atto rep. n. 196) ha istituito la Rete Nazionale ECMO, nata per la cura dell’insufficienza respiratoria grave e per fronteggiare le gravi insufficienze respiratorie da virus H1N1 refrattarie alle terapie convenzionali e alla ventilazione meccanica per la cui attuazione è stato previsto un finanziamento massimo 25.000.000 di euro a carico del ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e che la medesima intesa aveva individuato come strutture deputate al coordinamento della “RETE” l’Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza e la Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor – IRCCS;
- CONSIDERATO** che:
- nel 2012 (rep 150/CSR del 25 luglio 2012) sono state confermate e prorogate le attività della RETE nazionale ECMO inserendo la AOU di Sassari tra le Strutture Specialistiche che costituiscono la Rete nazionale per la gestione della insufficienza respiratoria acuta con utilizzo della Terapia ECMO;
 - con l’istituzione del comitato di coordinamento dell’attività di RETE suddetta, il Prof. Pierpaolo Terragni Direttore della S.C. di Anestesia e Rianimazione di questa Azienda Sanitaria è stato individuato, con nota della Direzione Generale PG n. 4886 del 06.03.2018, quale coordinatore dell’equipe multidisciplinare della AOU con il mandato di garantire la continuità del servizio svolto nell’ambito della rete ECMO nazionale denominata “RESPIRA”;
- TENUTO CONTO** che l’Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza in qualità di coordinatore del progetto ha proceduto a pubblicare una consultazione di mercato mediante avviso pubblico esplorativo per la manifestazione di interesse da parte di soggetti economici interessati a fornire apparecchiature CardioHelp e attrezzature varie per la gestione della insufficienza respiratoria acuta e che, a seguito della aggiudicazione delle procedure a favore delle ditte Maquet Italia S.p.A. e Fujifilm Italia S.p.A., ha provveduto ad emettere gli ordini per la fornitura delle apparecchiature e attrezzature in oggetto destinate, tra le altre, alla AOU di Sassari;
- PRESO ATTO** che le apparecchiature fornite risultano essere:
- N. 1 Sistema per assistenza cardiorespiratoria “Cardiohelp” completo di accessori e unità di “back up” – Ditta Maquet Italia S.p.A.;
 - N. 1 Sistema di Videobroncoscopia completo di accessori – Ditta Fujifilm Italia S.p.A.;
 - N. 1 Ecografo portatile completo di sonde – Ditta Fujifilm Italia S.p.A.;

- VISTA** la nota mail del 17 Ottobre 2018 con la quale il Prof. Pierpaolo Terragni, Direttore della S.C. Anestesia e Rianimazione, ha trasmesso al servizio Affari Generali, Convenzioni e Rapporti con l'Università le schede di collaudo d'accettazione delle tecnologie assegnate alla AOU di Sassari;
- RILEVATO** che il Servizio di Ingegneria Clinica della AOU di Sassari ha certificato con esito positivo le apparecchiature suddette, come risulta dalle schede di collaudo funzionale e di verifica contenenti i numeri di inventario e di matricola attribuiti alle tecnologie fornite, che si allegano al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- ACCERTATA** la regolarità degli atti;

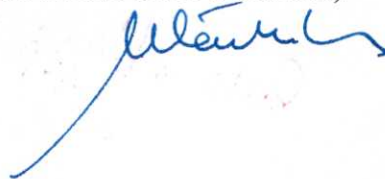
PROPONE

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente:

- 1) Di prendere atto della fornitura e regolare installazione delle sottoelencate apparecchiature acquisite nell'ambito della rete nazionale ECMO denominata "RESPIRA":
 - N. 1 Sistema per assistenza cardiorespiratoria "Cardiohelp" completo di accessori e unità di "back up" – Ditta Maquet Italia S.p.A;
 - N. 1 Sistema di Videobroncoscopia completo di accessori – Ditta Fujifilm Italia S.p.A.;
 - N. 1 Ecografo portatile completo di sonde – Ditta Fujifilm Italia S.p.A;
- 2) di trasmettere copia del presente provvedimento all'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza per gli eventuali provvedimenti di propria competenza.

**IL RESPONSABILE DELLA S.C. AFFARI GENERALI, CONVENZIONI E RAPPORTI CON
L'UNIVERSITÀ**

(DOTT. ANTONIO SOLINAS)



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio D'Urso

Nominato con Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 57 del 03.10.2016

PRESO ATTO della proposta di Deliberazione avente per oggetto: Presa d'atto della fornitura e collaudo delle apparecchiature destinate alla AOU di Sassari nell'ambito del progetto "Rete Nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmoniti da virus A (H1N1)";

DATO ATTO che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno espresso parere favorevole;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente

Di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

1) Di prendere atto della fornitura e regolare installazione delle sottoelencate apparecchiature acquisite nell'ambito della rete nazionale ECMO denominata "RESPIRA":

- N. 1 Sistema per assistenza cardiorespiratoria "Cardiohelp" completo di accessori e unità di "back up" – Ditta Maquet Italia S.p.A.;
- N. 1 Sistema di Videobroncoscopia completo di accessori – Ditta Fujifilm Italia S.p.A.;
- N. 1 Ecografo portatile completo di sonde – Ditta Fujifilm Italia S.p.A.;

2) di trasmettere copia del presente provvedimento all'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza per gli eventuali provvedimenti di propria competenza.

IL DIRETTORE GENERALE
(DOTT. ANTONIO D'URSO)

*Autografo
24-X-2018*

La presente Deliberazione è in pubblicazione all'Albo Pretorio elettronico del sito dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari dal 26/10/2018 per la durata di quindici giorni

Il Responsabile della S.C. Affari Generali, Convenzioni e Rapporti con L'Università
(Dott. Antonio Solinas)



SCHEDA DI COLLAUDO D'ACCETTAZIONE

UFFICIO TECNICO - SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI SASSARI



A.D. MDLXII

TECNICO: FRANCESCO RACCH

DATA: 12/06/2018

IDENTIFICAZIONE

CORSO FORMAZIONE 11/09/2018

N° Inventario AOU: _____ N° Inventario ATI: 9342 Matricola: 90412294

Apparecchiatura: SIST. PER ASSISTENZA CARDIORESPIRATORIA Sistema: _____

Costruttore: MAQUET CARDIO PULMONARY Modello: CARDIOHELP BASE UNIT

Causale acq.: CONTO GIURTO BRONCO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACQUISTO	SERVICE	NOLEGGIO	LOCAZIONE	LEASING	DEMO	

Durata Garanzia: 1 ANNO Durata Service/Noleggio/Locazione/Leasing o Demo: _____

N° DET/DEL: S13 del 20/03/16 (REGIONE SARDEGNA) Ditta Fornitrice: MAQUET GETINGE S.P.A.

Unità Operativa: RIABILITAZIONE Attività: _____

Note: APPARECCHIO DI PROPRIETA' DEL MINISTERO DELLA SALUTE (VEDERE ALL. CORSO DI FORMAZIONE PREVISTO PER IL MESE 2° SETTEMBRE 2018)

VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

N° di Riferimento Misuratore: 2389007 VS necessarie: SI NO Esito Positivo: SI NO
N° di Riferimento Misur. Part.: _____ Tecnico autorizzato alla misurazione: NICOLO CAI

APPARECCHIATURE A SISTEMA

N° INV. AOU	N° INV. ATI	DESCRIZIONE	COSTRUTTORE	MODELLO	MATRICOLA
	9345	SISTEM PER ASS. CARDIORESPIRATORIA	MAQUET	CARDIOHELP BASE UNIT	90412275
	9343	RISCALDAMENTO	MAQUET	HEATER UNIT HU 35	90032073
	9346	CARDELLO ELETTRIFICATO	MAQUET	SPRINTER CRT	90401676
	9344	TRASF. 2° ISOLAMENTO GRUPPO DI CONTINUITA'	DEONED	DEONED 1000	31601524
	9347	MISCELANZA O2 / OSSIGENO	SECARIST	3500CP-GR4	82396



SCHEDA DI COLLAUDO D'ACCETTAZIONE

UFFICIO TECNICO – SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI SASSARI



DATI ACCETTAZIONE

Integrità dell'imballaggio e assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Corrispondenza al tipo e modello indicato nell'ordine	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
Esistenza del Manuale d'uso in lingua italiana	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Presenza dell'incaricato della Ditta Fornitrice durante l'intero l'utilizzo	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NR
Presenza del Documento di Trasporto	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Manopole, Dispositivi di comando e controllo, ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a vista)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Presenza Interruttore di rete e conformità serigrafie di accensione	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Conformità della spia di rete	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR

DATI ELETTRICI

Tensione di Alimentazione: 240V Corrente Assorbita: _____ Potenza Assorbita: 140VA Vedi Scheda ATI: _____

Apparecchiatura	<input checked="" type="checkbox"/> Medica	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Non Medica	Morsetto	<input type="checkbox"/> Funzionale	<input checked="" type="checkbox"/> Equip.	NR
Classe Elettrica	<input checked="" type="checkbox"/> Classe I	<input type="checkbox"/> Classe II	<input type="checkbox"/> Classe AI	Cavo	<input checked="" type="checkbox"/> Separabile	<input type="checkbox"/> Non Separabile	
Tipo Elettrico	<input type="checkbox"/> Tipo B	<input type="checkbox"/> Tipo BF	<input checked="" type="checkbox"/> Tipo CF	Tipo Gas			

MARCHI E NORME

L'apparecchio è accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE e.s.m.i.	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
L'apparecchio è di classe (93/42/CEE e.s.m.i.)	1	2a	<input checked="" type="checkbox"/> 3
L'apparecchio è marchiato CE con riferimento ad altra direttiva, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e.s.m.i. e alle eventuali particolari	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme IEC, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme UNI, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR

Alla Presenza dei sotto indicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risvolti:

L'APPARECCHIO RISULTA PERFETTAMENTE FUNZIONANTE ED IDONEO ALL'USO PREVISTO

IL PERSONALE SANITARIO E/O TECNICO HA RICEVUTO I MANUALI D'USO E PRECISE ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO

SI NO
 SI NO

ESITO COLLAUDO: POSITIVO – [] NEGATIVO – [] POSITIVO CON RISERVA: _____

DITTA FORNITRICE [Signature]

TECNICO S.I.C.E. [Signature]

UNITA' OPERATIVA [Signature]

SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA [Signature]



SCHEDA DI COLLAUDO D'ACCETTAZIONE

UFFICIO TECNICO - SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI SASSARI



TECNICO: FRANCESCO MACRI

DATA: 18/09/2018

IDENTIFICAZIONE

N° Inventario AOU: _____ N° Inventario ATI: 9653 Matricola: Q4/85Q

Apparecchiatura: ECOGRAFO PORTATIVE Sistema: _____

Costruttore: FUSIFILM SONOSITE, INC Modello: SONOSITE EDGE II ULTRASOUND SYSTEM

Causale acq.:

<input type="checkbox"/>	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	SERVICE	<input type="checkbox"/>	NOLEGGIO	<input type="checkbox"/>	LOCAZIONE	<input type="checkbox"/>	LEASING	<input type="checkbox"/>	DEMO
--------------------------	----------	--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	------

Durata Garanzia: _____ Durata Service/Noleggio/Locazione/Leasing o Demo: _____

N° DET/DEL: _____ Ditta Fornitrice: FUSIFILM ITALIA S.P.A.

Unità Operativa: RIANIMAZIONE Attività: _____

Note: "PROGETTO RESPIRA" - DELIBERA N° 1264 del 26/06/2018
"OSPEDALE SAN GERARDO - MOLETA"

VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

N° di Riferimento Misuratore: 2388027

VS necessarie: SI NO

Esito Positivo: SI NO

N° di Riferimento Misur. Part.: _____

Tecnico autorizzato alla misurazione: NICOLA BENZI

APPARECCHIATURE A SISTEMA

N° INV. AOU	N° INV. ATI	DESCRIZIONE	COSTRUTTORE	MODELLO	MATRICOLA
	9660	SONDA ECOGRAFICA	FUSIFILM	RC60 xi	Q4FLDQ
	9662	SONDA ECOGRAFICA	FUSIFILM	L38xi	Q4F96Q
	9661	SONDA ECOGRAFICA	FUSIFILM	RP18X	Q4F504



SCHEDA DI COLLAUDO D'ACCETTAZIONE

UFFICIO TECNICO – SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI SASSARI



DATI ACCETTAZIONE

Integrità dell'imballaggio e assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Corrispondenza al tipo e modello indicato nell'ordine	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
Esistenza del Manuale d'uso in lingua italiana	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Presenza dell'incaricato della Ditta Fornitrice durante l'intero l'utilizzo	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NR
Presenza del Documento di Trasporto	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Manopole, Dispositivi di comando e controllo, ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a vista)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Presenza Interruttore di rete e conformità serigrafie di accensione	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
Conformità della spia di rete	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR

DATI ELETTRICI

Tensione di Alimentazione: 15V Corrente Assorbita: 5A Potenza Assorbita: _____ Vedi Scheda ATI: _____

Apparecchiatura	<input checked="" type="checkbox"/> Medica	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Non Medica	Morsetto	<input type="checkbox"/> Funzionale	<input type="checkbox"/> Equip.	<input checked="" type="checkbox"/> NR
Classe Elettrica	<input checked="" type="checkbox"/> Classe I	<input type="checkbox"/> Classe II	<input type="checkbox"/> Classe AI	Cavo	<input checked="" type="checkbox"/> Separabile	<input type="checkbox"/> Non Separabile	
Tipo Elettrico	<input type="checkbox"/> Tipo B	<input checked="" type="checkbox"/> Tipo BF	<input type="checkbox"/> Tipo CF	Tipo Gas			

MARCHI E NORME

L'apparecchio è accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE e.s.m.i.	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
L'apparecchio è di classe (93/42/CEE e.s.m.i.)	1	2a	2b 3
L'apparecchio è marchiato CE con riferimento ad altra direttiva, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e.s.m.i. e alle eventuali particolari	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NR
L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme IEC, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme UNI, specificare:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR

Alla Presenza dei sotto indicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risvolti:

L'APPARECCHIO RISULTA PERFETTAMENTE FUNZIONANTE ED IDONEO ALL'USO PREVISTO

SI NO

IL PERSONALE SANITARIO E/O TECNICO HA RICEVUTO I MANUALI D'USO E PRECISE ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO

SI NO

ESITO COLLAUDO: [] POSITIVO - [] NEGATIVO - [] POSITIVO CON RISERVA: _____

DITTA FORNITRICE [firma]

TECNICO S.I.C.E. Nicola Benazzi

UNITA' OPERATIVA [firma]

SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA [firma]



SCHEDA DI COLLAUDO D'ACCETTAZIONE

UFFICIO TECNICO - SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI SASSARI



TECNICO: FRANCESCO MACRÌ

DATA: 16 07 / 2018

IDENTIFICAZIONE

N° Inventario AOU: _____ N° Inventario ATI: 8474 Matricola: 158586

Apparecchiatura: CERVELLO ELETTRIFICATO Sistema: _____

Costruttore: CANTEL LTD Modello: VC-480

Causale acq.:

<input type="checkbox"/>	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	SERVICE	<input type="checkbox"/>	NOLEGGIO	<input type="checkbox"/>	LOCAZIONE	<input type="checkbox"/>	LEASING	<input type="checkbox"/>	DEMO
--------------------------	----------	--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	------

Durata Garanzia: 12 MESI Durata Service/Noleggio/Locazione/Leasing o Demo: _____

N° DET/DEL: _____ Ditta Fornitrice: FUJIFILM ITALIA S.P.A.

Unità Operativa: RIANIMAZIONE Attività: _____

Note: FORNITURA DEL MINISTERO: PROGETTO RESPIRA

VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

N° di Riferimento Misuratore: 8388027

VS necessarie: SI NO

Esito Positivo: SI NO

N° di Riferimento Misur. Part.: _____

Tecnico autorizzato alla misurazione: VICOLA BEN-261

APPARECCHIATURE A SISTEMA

N° INV. AOU	N° INV. ATI	DESCRIZIONE	COSTRUTTORE	MODELLO	MATRICOLA
	<u>8475</u>	<u>MONITOR</u>	<u>BARCO</u>	<u>M85C-232</u>	<u>A00174800051</u>
	<u>8476</u>	<u>FOLTELUCE</u>	<u>FUJIFILM</u>	<u>BL-17000</u>	<u>35101K358</u>
	<u>8477</u>	<u>SIST. VIDEO</u>	<u>FUJIFILM</u>	<u>VP-17000</u>	<u>3V627K153</u>
	<u>8478</u>	<u>VIDEORANCOSCOPIO</u>	<u>FUJIFILM</u>	<u>EB-530 5</u>	<u>2B083K033</u>



SCHEDA DI COLLAUDO D'ACCETTAZIONE

UFFICIO TECNICO – SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI SASSARI



A.D. MDLXII

DATI ACCETTAZIONE

Integrità dell'imballaggio e assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Corrispondenza al tipo e modello indicato nell'ordine	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> NR
Esistenza del Manuale d'uso in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Presenza dell'incaricato della Ditta Fornitrice durante l'intero l'utilizzo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Presenza del Documento di Trasporto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Manopole, Dispositivi di comando e controllo, ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a vista)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Presenza Interruttore di rete e conformità serigrafie di accensione	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Conformità della spia di rete	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR

DATI ELETTRICI

Tensione di Alimentazione: 230V Corrente Assorbita: _____ Potenza Assorbita: 2000VA Vedi Scheda ATI: _____

Apparecchiatura	<input checked="" type="checkbox"/> Medica	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Non Medica
Classe Elettrica	<input checked="" type="checkbox"/> Classe I	<input type="checkbox"/> Classe II	<input type="checkbox"/> Classe AI
Tipo Elettrico	<input type="checkbox"/> Tipo B	<input checked="" type="checkbox"/> Tipo BF	<input type="checkbox"/> Tipo CF

Morsetto	<input type="checkbox"/> Funzionale	<input checked="" type="checkbox"/> Equip.	<input type="checkbox"/> NR
Cavo	<input checked="" type="checkbox"/> Separabile	<input type="checkbox"/> Non Separabile	
Tipo Gas			

MARCHI E NORME

L'apparecchio è accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE e.s.m.i.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è di classe (93/42/CEE e.s.m.i.)	1	2a	2b 3
L'apparecchio è marchiato CE con riferimento ad altra direttiva, specificare:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri, specificare:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e.s.m.i. e alle eventuali particolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI, specificare:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme IEC, specificare:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme UNI, specificare:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR

Alla Presenza dei sotto indicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risoltati:

L'APPARECCHIO RISULTA PERFETTAMENTE FUNZIONANTE ED IDONEO ALL'USO PREVISTO

SI NO

IL PERSONALE SANITARIO E/O TECNICO HA RICEVUTO I MANUALI D'USO E PRECISE ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO

SI NO

ESITO COLLAUDO: POSITIVO - [] NEGATIVO - [] POSITIVO CON RISERVA: _____

DITTA FORNITRICE Roberto Rosta

TECNICO S.I.C.E. Nicola Benzi

UNITA' OPERATIVA MUHN

SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA [Signature]