

**DITTA FORNITRICE:** \_\_\_\_\_

**DELIBERA** PROT. : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Disponibile [SI] [NO]

**ORDINE** N° : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Disponibile [SI] [NO]

**BOLLA DI CONSEGNA** N° : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Disponibile [SI] [NO]

**BOLLA DI CONSEGNA** N° : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Disponibile [SI] [NO]

**TIPOLOGIA ACQUISIZIONE:** [ ] acquisto [ ] noleggio [ ] service [ ] visione [ ] \_\_\_\_\_

**NOTE:** \_\_\_\_\_

**PRESIDIO:** \_\_\_\_\_

**REPARTO DI DESTINAZIONE:** \_\_\_\_\_

**CODICE/DESCRIZIONE STANZA:** \_\_\_\_\_

**CENTRO DI COSTO:** \_\_\_\_\_ **VALORE FORNITURA (IVA esclusa)** \_\_\_\_\_

### ENTITA' DELLA FORNITURA

Cod. inventario tecnico- funzionale	Tipologia	Costruttore	Modello	Matricola	SEGMENTO			Livello Tecnologico	Prezzo singolo (IVA esclusa)
					Elettromedicale <sup>1</sup>	Biomedico non elettromedicale <sup>2</sup>	Altro <sup>3</sup>		

**NOTE:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Apparecchio elettromedicale secondo la definizione della CEI 62-5.

<sup>2</sup> Apparecchio non elettromedicale, ma ad uso medico come definito dal D. lgs. 46/1997 (Direttiva Dispositivi Medici 93/42/CEE).

<sup>3</sup> Altro apparecchio (esempio: apparecchio da laboratorio, tecnico economale, da ufficio, etc.).

**CONTROLLO VISIVO**

**GUIDA CEI 62-122 (ex Guida CEI 62 fascicolo 3783R)**

**Cod. invent. tec.-funz.**

- |   |                |
|---|----------------|
| ◊ Corrispondenza tra quanto ordinato e quanto consegnato  | [SI] [NO] [NA] |
| ◊ Integrità dell'imballaggio  | [SI] [NO] [NA] |
| ◊ Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio  | [SI] [NO]      |
| ◊ Il dispositivo ed i suoi accessori corrispondono alle indicazioni del D.D.T.  | [SI] [NO] [NA] |
| ◊ È presente il manuale d'uso dell'apparecchio in lingua italiana   | [SI] [NO] [NA] |
| ◊ Il manuale d'uso si riferisce al mod. apparecchio consegnato (MANUALE D'USO n° _____)   | [SI] [NO]      |
| ◊ Altra documentazione a corredo della fornitura  |                |
| • [ ] Dichiarazione di conformità alla Direttiva Dispositivi Medici 93/42   |                |
| • [ ] Dichiarazione di conformità alla Direttiva _____  |                |
| • [ ] Dichiarazione di conformità alla Norma _____  |                |
| • [ ] Manuale tecnico n° _____ in lingua _____  |                |
| • [ ] Check-list manutenzione preventiva _____  |                |
| • [ ] _____   |                |
| ◊ L'alimentazione elettrica disponibile è compatibile con quanto specificato nel manuale d'uso  | [SI] [NO] [NA] |
| ◊ Le altre alimentazioni disponibili (idraulica, pneumatica, termica etc..) sono compatibili con quanto specificato nel manuale d'uso | [SI] [NO] [NA] |
| ◊ La protezione contro le sovraccorrenti è in accordo con i dati di targa   | [SI] [NO] [NA] |
| ◊ L'installazione è stata effettuata seguendo le istruzioni del manuale d'uso   | [SI] [NO] [NA] |
| ◊ Integrità delle spine, dei cavi e dei connettori  | [SI] [NO] [NA] |

Altra documentazione integrativa<sup>4</sup>:

- [ ] Dichiarazione su specifiche tecniche dell'impianto di alimentazione \_\_\_\_\_
- [ ] Verbale di installazione redatto dalla ditta fornitrice
- [ ] certificato di collaudo in fabbrica o altro collaudo del fornitore/costruttore
- Marchi di Qualità: [ ] IMO [ ] CSA [ ] TUV [ ] JUL [ ] VDE [ ] KEMA [ ] D [ ] N [ ] S [ ] \_\_\_\_\_ [ ] \_\_\_\_\_

NOTE:

<sup>4</sup> riportare eventuali controlli di rispondenza delle caratteristiche tecniche (confronto tra dati di targa e/o contenuti nella documentazione dell'apparecchiatura e prescrizioni di capitolato e/o d'ordine e/o d'offerta) e/o dei parametri funzionali (verifiche strumentali oppure confronto di parametri funzionali risultanti su verbali di collaudo in fabbrica con prescrizioni di capitolato e/o d'ordine e/o d'offerta).



## VERIFICHE TECNICHE

## CARATTERISTICHE TECNICHE

## MISURE STRUMENTALI

Misure eseguite con analizzatore automatico di sicurezza elettrica: [ ] BIOTEK 601 \_\_\_\_\_ [ ] \_\_\_\_\_

## VERIFICHE PARTICOLARI

- Effettuata anche la verifica particolare<sup>5</sup> su \_\_\_\_\_ con esito:  SUPERATO  
 NON SUPERATO

## VERIFICHE TECNICO-PRESTAZIONALI

- Effettuata anche la prova prestazionale<sup>6</sup> su \_\_\_\_\_ con esito: [ ] SUPERATO  
[ ] NON SUPERATO
  - Allegata la verifica funzionale condotta dal fornitore secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso

### Note:

<sup>5</sup> La scheda di tale **prova particolare** è riportata come allegato al presente documento.

<sup>6</sup> La scheda di tale prova prestazionale è riportata come allegato al presente documento.

ESITO DEL COLLAUDO DI ACCETTAZIONE

ESITO CONTROLLO VISIVO

- POSITIVO**  
 **NEGATIVO**  
 **SOSPESO: IN ATTESA RISOLUZIONE INTERVENTI RICHIESTI**     **Uso Impedito**     **Uso NON impedito**

**INTERVENTO RICHIESTO:**

DATA:    /    /    IL TECNICO ATI/AUSL:    FIRMA\_\_\_\_\_

ESITO VERIFICHE DI SICUREZZA generali, particolari e prestazionali<sup>7</sup>

- POSITIVO**  
 **NEGATIVO**  
 **SOSPESO: IN ATTESA RISOLUZIONE INTERVENTI RICHIESTI**     **Uso Impedito**     **Uso NON impedito**

**INTERVENTO RICHIESTO :**

DATA:    /    /    IL TECNICO ATI/AUSL:    FIRMA\_\_\_\_\_

ESITO COMPLESSIVO DEL CONTROLLO TECNICO

<b>POSITIVO*</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NEGATIVO</b>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

DATA\_\_\_\_\_    **Il Dir. Tecnico A.T.I.:**    **TIMBRO E FIRMA**\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_    **Il Tecnico dell'Azienda USL:**    **TIMBRO E FIRMA**\_\_\_\_\_

DURATA GARANZIA (mesi) \_\_\_\_\_    DATA INIZIO GARANZIA    /    /    DATA FINE GARANZIA    /    /

Ditta manutentrice\_\_\_\_\_

\*A seguito dell'avvenuto esito positivo di tutti i controlli e verifiche di pertinenza e/o dell'esecuzione di tutti gli interventi richiesti.

ESITO DEL COLLAUDO IN USO CLINICO

- POSITIVO**  
 **NEGATIVO**  
 **ESEGUITA FORMAZIONE E ISTRUZIONE AL PERSONALE**     **SI**     **NO**

DATA:    /    /    **Il Dir. della U.O./Servizio:**\_\_\_\_\_ **TIMBRO E FIRMA**\_\_\_\_\_

ESITO GENERALE COLLAUDO

Viste le risultanze delle sopraelencate verifiche e misurazioni, si dichiara l'esito del collaudo

<b>POSITIVO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NEGATIVO</b>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

Annotazioni : \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Per la Ditta Produttrice/Fornitrice*

Per l'Azienda USL di Teramo  
**Il Dir. U.O.C. Fisica Sanitaria**  
Giovanni Orlando

Nome: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

<sup>7</sup> Si ricorda che, in accordo al D. Igs. 46/97 sulla marcatura CE dei Dispositivi Medici, l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.