



UOS Ingegneria Clinica

Napoli li _____

SCHEDA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE DI TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Informazioni di acquisto	
Rif. ordine	
Tipologia fornitura	
Costo di acquisto (iva esclusa)	
Durata garanzia	
Identificazione tecnologia	
Tipologia bene	
Costruttore	
Fornitore	
Modello	
Matricola	
Identificazione accessori (se presenti)	
[1] Tipologia accessorio	
Costruttore	
Fornitore	
Modello	
Matricola/codice	
[1] Tipologia accessorio	
Costruttore	
Fornitore	
Modello	
Matricola/codice	
[1] Tipologia accessorio	
Costruttore	
Fornitore	
Modello	
Matricola/codice	

UOS Ingegneria Clinica

80131 Napoli – Via S. Pansini, 5 – Tel. 0817463571– Fax 0817463511

Localizzazione del bene

Edificio	
Piano	
Stanza	
DAI	

Prove di accettazione

1) verifica dell'integrità dell'imballaggio	[P] [N] [NA]
2) verifica della corrispondenza a quanto indicato nell'ordine	[P] [N]
3) controllo visivo che l'apparecchiatura non abbia evidenti danni esterni	[P] [N] [NA]
3) esistenza del manuale d'uso (obbligatorio in lingua italiana secondo la direttiva 93/42/CEE)	[P] [N] [NA]
4) esistenza del manuale di manutenzione con gli eventuali allegati tecnici (se espressamente richiesto nella documentazione di acquisto)	[P] [N] [NA]
5) verifica dei dati targa	[P] [N] [NA]
6) esistenza della dichiarazione di conformità	[P] [N] [NA]
7) presenza di idonea marcatura CE	[P] [N] [NA]
8) classificazione (93/42/CEE e s.m.i.)	[I] [IIa] [IIb] [III] [NA]
9) l'apparecchio è conforme ad altre direttive e norme	Se si, specificare quali: _____

Verifiche di sicurezza elettrica IEC 62- 353 generali (per le apparecchiature/ sistemi elettromedicali) ; CEI 66-5 (per le apparecchiature di laboratorio)

Rif. Doc. Verifica elettrica	
Eseguita in data	
VS particolari	[SI] [NO]
Esito	[P] [N]

NA= Non Applicabile

NR= Non Rilevabile

P= Positivo

Firma del Responsabile UOS Ingegneria Clinica
Ing. Antonietta Perrone

Firma del Tecnico della Società fornitrice

Verifiche funzionali

Verifiche funzionali secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso.

Alla presenza dei sottoindicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risultati:

1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante	[SI] [NO]
2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto	[SI] [NO]
3. il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso	[SI] [NO]
4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso	[SI] [NO]

Firma del Direttore del DAI
(o di un suo Delegato)

Esito collaudo di accettazione (parte tecnico-amministrativa)

Accettato

Non accettato

Sospeso

Accettato con riserva

Note: _____

Firma del Tecnico della Società
Fornitrice

Firma del Direttore del DAI
o di un suo delegato

Firma del Responsabile UOS Ingegneria Clinica
Ing. Antonietta Perrone
