VERBALE DI COLLAUDO TECNICO E MESSA IN SERVIZIO

☒ **IN CONTRADDITTORIO** ☐ **UNILATERALE**

ATTI: 202/2022

OGGETTO DELL'APPALTO: APPARECCHI PER ANESTESIA **IMPORTO DELL'APPALTO (IVA COMPRESA):** 367.098 €

DITTA FORNITRICE: GETINGE ITALIA SPA **FORNITORE ASS. TECNICA:** GETINGE ITALIA SPA

NUMERO E DATA DEL BUONO D'ORDINE: 2023015160-REV1 DEL 22/05/2023 **CIG:** 97914808E7

In riferimento alle seguenti apparecchiature oggetto dell'appalto in argomento,

N. INV	N.SERIE	TIPOLOGIA	MODELLO	PRODUTTORE	UNITA' OPERATIVA	REPARTO	CDRCDC
208357	21815	APP. PER ANESTESIA	FLOW-I	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO MONTEGGIA	444/Z21
208349	5539	APP. PER ANESTESIA	FLOW-C	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO MONTEGGIA	444/Z21
208353	5536	APP. PER ANESTESIA	FLOW-C	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO MONTEGGIA	444/Z21
208355	5538	APP. PER ANESTESIA	FLOW-C	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO MONTEGGIA	444/Z21
203856	5537	APP. PER ANESTESIA	FLOW-C	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO MONTEGGIA	444/Z21
208354	5640	APP. PER ANESTESIA	FLOW-C	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO ZONDA	444/562
208352	21813	APP. PER ANESTESIA	FLOW-I	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO ZONDA	444/562
208351	21812	APP. PER ANESTESIA	FLOW-I	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO ZONDA	444/562
208350	21816	APP. PER ANESTESIA	FLOW-I	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO ZONDA	444/562
208360	21814	APP. PER ANESTESIA	FLOW-I	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO RIVA	444/558
208359	21810	APP. PER ANESTESIA	FLOW-I	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO RIVA	444/558
208358	21811	APP. PER ANESTESIA	FLOW-I	MAQUET	BLOCCO OPERATORIO	BO RIVA	444/558

- la sottoscrizione del modulo P.03.095.M.05 da parte del Direttore dell'U.O. di destinazione o suo delegato che attesta l'affidamento delle apparecchiature sopra elencate

Riserve ai fini del successivo positivo collaudo:

DESCRIZIONE RISERVA	DEROGA CONCESSA (n. giorni e data di scadenza)

acquisiti i SEGUENTI pareri di competenza:

- **Il Tecnico U.O.I.C.:** INGEGNERIA CLINICA
  sig. SILVIA DI AMBROSIO ..... firma
  Nome e Cognome

- **Il Responsabile dell'UO richiedente** SC Anestesia e Terapia Intensiva Adulti (.....)
  Unità Operativa Cdr/CdC
  dott. Giacomo Grasselli ..... firma
  Nome e Cognome

- **Per la Ditta (messa in servizio in contraddittorio):** GETINGE
  sig. LEONARDO DELL'ORI ..... firma
  Nome e Cognome

- **Altro (specificare): il Responsabile dell'UO**
  sig. GIACOMO GRASSELLI ..... firma
  Nome e Cognome

AUTORIZZA x

la messa in servizio delle apparecchiature su elencate.

Letto, confermato e sottoscritto in data 27-07-23

Il Direttore dell'UOC Ingegneria Clinica
Ing. Paolo Cassoli

Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
U.O.C. Ingegneria Clinica

SCHEDA DI RACCOLTA DATI TECNICI, ECONOMALI CON VERIFICHE ELETTRICHE E VISIVE

PADIGLIONE MONTEGGIA **PIANO** 15 **CdR/CdC** 444 / 221

U.O. BLOCCO OPERATORIO **C.D.C.** B.O. MONTEGGIA

APPARECCHIO APP. PER ANESTESIA **CIVAB** _____

PRODUTTORE MAQUET - GETINGE

MODELLO FLOW - i / FLOW - c **SERIE** 21815-5539-5536 5538-5537

INVENTARIO 208357/208349/208353/208355/208356 **ACC.DI** //

ORDINE N° 20230150160 **DATAORD.** 22 / 05 / 2023

DITTA FORNITRICE GETINGE ITALIA SRL **DITTA MANUTENTRICE** GETINGE ITALIA SRL

VALORE CON IVA € 367.098,00 **PRORIETA'** ☒ Ospedale ☐ Università ☐ Altro _____

FORMA PRESENZA ☐ Service ☐ Comodato d'uso ☐ Donazione ☐ Università ☐ Noleggio ☒ Acquisto

E' PRESENTE
Manuale d'uso ☒ Sì ☐ No
Manuale Tecnico ☐ Sì ☐ No
Schemi Tecnici ☐ Sì ☐ No

APPARECCHIATURA ☒ Elettromedicale ☐ Medicale ☐ Da Laboratorio

CERTIFICAZIONI ☐ IMQ ☐ VDE ☐ TUV ☐ CE ☒ CE Dispositivo Medico ☐ Auto
Certificazione

CLASSIFICAZIONE: ☐ **REGOLAMENTO UE 2017/745 DISPOSITIVI MEDICI** ☐ I ☒ IIA ☐ IIB ☐ III
☐ **REGOLAMENTO UE 2017/746 IVD**

CLASSE CEI ☒ I ☐ II ☐ Alimentazione Interna **TIPO CEI** ☒ B ☐ BF ☐ BF protetto ☐ CF ☐ CF protetto

NORME DI RIFERIMENTO _____

PRESENZA DI PARTI APPLICATE ☒ Sì ☐ No **N°** 1 **TIPO** B

ALIMENTAZIONE ☐ Interna ☒ Esterna **CAVO SEPARABILE** ☒ Sì ☐ No **CONNESSIONE** ☐ Permanente ☒ A spina

TENSIONE DI ALIMENTAZIONE 220V ☒ AC ___ ☐ DC **POTENZA** _____ ☐ W ☐ VA ☐ A

TIPO ☐ Stagno all'immersione ☐ Comune ☐ Protetto contro lo stillicidio ☐ Protetto contro lo spruzzo

NOTE _____

Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
U.O.C. Ingegneria Clinica

VERIFICA VISIVA

OGGETTO DEL CONTROLLO	ok	non ok	non applicabile	NOTE
Integrità telaio - Involucro	X			
Protezione parti in movimento			X	
Presenza maniglie	X			
Parti in pressione (esterne)			X	
Serigrafie dei dispositivi di controllo, sicurezza e comandi	X			
Integrità dispositivi di controllo, sicurezza e comandi (spie) – (display) –(spine) – (prese) (interruttori) (portafusibili) (differenziali)...	X			
Cavo alimentazione	X			
Blocca cavo - Passacavo	X			
Portata adeguata dei fusibili (se esterni)	X			
Ruote – Freni – Slitte.....	X			
Filtri esterni (acqua) (aria) (olio).....			X	
Dati di targa	X			

VERIFICA ELETTRICA DI SICUREZZA SECONDO CEI 62-148 IEC EN 62353 / CEI EN 61010-1

ANALIZZATORE UTILIZZATO ☐ *FLUKE, ESA 615, inv. 203010, calibrato il*_____
☐ BIO-TEK, 601 PRO Series XL, inv.095454, calibrato il_____

VERIFICA ESEGUITA PRESSO ☒ Locale ad uso medico ☐ Laboratorio ☐ Officina

I RISULTATI DEL TEST SONO ALLEGATI ALLA PRESENTE ☒ Sì ☐ No

SE NON SONO ALLEGATI INDICARE IL MOTIVO_____

EVENTUALI NOTE

GARANZIA 36 MESI + ESTENSIONE DI 12 MESI OFFERTA IN GARA DALLA DITTA, TOTALE 36 MESI FULL RISK

DATA MESSA IN SERVIZIO 27 / 07 / 2023
SCADENZAGARANZIA 27 / 07 / 2026
DATA COMPILAZIONE 27 / 07 / 2023

IL TECNICO U.O.I.C._____

Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
U.O.C. Ingegneria Clinica

SCHEDA DI RACCOLTA DATI TECNICI, ECONOMALI CON VERIFICHE ELETTRICHE E VISIVE

PADIGLIONE RIVA **PIANO** 1° **CdR/CdC** 446 / 558

U.O. BLOCCO OPERATORIO **C.D.C.** B.O. RIVA

APPARECCHIO APP. PER ANESTESIA **CIVAB** _____

PRODUTTORE MAQUET

MODELLO FLOW-i C20 **SERIE** 21811-21810-21814

INVENTARIO 208358-208359-208360 **ACC.DI** //

ORDINE N° 2023015160 **DATAORD.** 22 / 05 / 2023

DITTA FORNITRICE GETINGE ITALIA SRL **DITTA MANUTENTRICE** GETINGE ITALIA SRL

VALORE CON IVA € 397.098,00 **PRORIETA'** ☒ Ospedale ☐ Università ☐ Altro _____

FORMA PRESENZA ☐ Service ☐ Comodato d'uso ☐ Donazione ☐ Università ☐ Noleggio ☒ Acquisto

E' PRESENTE
Manuale d'uso ☒ Sì ☐ No
Manuale Tecnico ☐ Sì ☐ No
Schemi Tecnici ☐ Sì ☐ No

APPARECCHIATURA ☒ Elettromedicale ☐ Medicale ☐ Da Laboratorio

CERTIFICAZIONI ☐ IMQ ☐ VDE ☐ TUV ☐ CE ☒ CE Dispositivo Medico ☐ Auto
Certificazione

CLASSIFICAZIONE: ☐ **REGOLAMENTO UE 2017/745 DISPOSITIVI MEDICI** ☐ I ☒ IIA ☐ IIB ☐ III
☐ **REGOLAMENTO UE 2017/746 IVD**

CLASSE CEI ☒ I ☐ II ☐ Alimentazione Interna **TIPO CEI** ☒ B ☐ BF ☐ BF protetto ☐ CF ☐ CF protetto

NORME DI RIFERIMENTO IEC 60601-1

PRESENZA DI PARTI APPLICATE ☒ **Sì** ☐ **No** **N°** 1 **TIPO** B

ALIMENTAZIONE ☐ Interna ☒ Esterna **CAVO SEPARABILE** ☒ Sì ☐ No **CONNESSIONE** ☐ Permanente ☒ A spina

TENSIONE DI ALIMENTAZIONE 240V ☒ AC ___ ☐ DC **POTENZA** 1250VA ☐ W ☒ VA ☐ A

TIPO ☐ Stagno all'immersione ☐ Comune ☐ Protetto contro lo stillicidio ☐ Protetto contro lo spruzzo

NOTE _____

Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
U.O.C. Ingegneria Clinica

VERIFICA VISIVA

OGGETTO DEL CONTROLLO	ok	non ok	non applicabile	NOTE
Integrità telaio - Involucro	X			
Protezione parti in movimento			X	
Presenza maniglie	X			
Parti in pressione (esterne)			X	
Serigrafie dei dispositivi di controllo, sicurezza e comandi	X			
Integrità dispositivi di controllo, sicurezza e comandi (spie) – (display) –(spine) – (prese) (interruttori) (portafusibili) (differenziali)...	X			
Cavo alimentazione	X			
Blocca cavo - Passacavo	X			
Portata adeguata dei fusibili (se esterni)	X			2x 1,6 A
Ruote – Freni – Slitte.....	X			
Filtri esterni (acqua) (aria) (olio).....			X	
Dati di targa	X			

VERIFICA ELETTRICA DI SICUREZZA SECONDO CEI 62-148 IEC EN 62353 / CEI EN 61010-1

ANALIZZATORE UTILIZZATO
☐ *FLUKE, ESA 615, inv. 203010, calibrato il*_____
☐ BIO-TEK, 601 PRO Series XL, inv.095454, calibrato il_____

VERIFICA ESEGUITA PRESSO ☒ Locale ad uso medico ☐ Laboratorio ☐ Officina

I RISULTATI DEL TEST SONO ALLEGATI ALLA PRESENTE ☒ Sì ☐ No

SE NON SONO ALLEGATI INDICARE IL MOTIVO_____

EVENTUALI NOTE

GARANZIA 24 MESI + ESTENSIONE DI 12 MESI OFFERTA IN GARA, TOTALE 36 MESI FULL RISK

DATA MESSA IN SERVIZIO 27 / 07 / 2023
SCADENZAGARANZIA 27 / 07 / 2026
DATA COMPILAZIONE 27 / 07 / 2023 **IL TECNICO U.O.I.C.**

Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
U.O.C. Ingegneria Clinica

SCHEDA DI RACCOLTA DATI TECNICI, ECONOMALI CON VERIFICHE ELETTRICHE E VISIVE

PADIGLIONE ZONDA **PIANO** R **CdR/CdC** 444 / 562

U.O. BLOCCO OPERATORIO **C.D.C.** B.O. ZONDA

APPARECCHIO APP. PER ANESTESIA **CIVAB** ____

PRODUTTORE GETINGE - MAQUET

MODELLO FLOW-C / FLOW-i **SERIE** 5640/21813/21812/21816

INVENTARIO 208354 - 208352 - 208351 **ACC.DI** //

ORDINE N° 2023015160 **DATAORD.** 22 / 05 / 2023

DITTA FORNITRICE GETINGE ITALIA SRL **DITTA MANUTENTRICE** GETINGE ITALIA SR

VALORE CON IVA € 397.098,00 **PRORIETA'** ☒ Ospedale ☐ Università ☐ Altro ____

FORMA PRESENZA ☐ Service ☐ Comodato d'uso ☐ Donazione ☐ Università ☐ Noleggio ☒ Acquisto

E' PRESENTE
Manuale d'uso ☒ Sì ☐ No
Manuale Tecnico ☐ Sì ☒ No
Schemi Tecnici ☐ Sì ☒ No

APPARECCHIATURA ☒ Elettromedicale ☐ Medicale ☐ Da Laboratorio

CERTIFICAZIONI ☐ IMQ ☐ VDE ☐ TUV ☐ CE ☒ CE Dispositivo Medico ☐ Auto
Certificazione

CLASSIFICAZIONE: ☐ **REGOLAMENTO UE 2017/745 DISPOSITIVI MEDICI** ☐ I ☒ IIA ☐ IIB ☐ III
☐ **REGOLAMENTO UE 2017/746 IVD**

CLASSE CEI ☒ I ☐ II ☐ Alimentazione Interna **TIPO CEI** ☒ B ☐ BF ☐ BF protetto ☐ CF ☐ CF protetto

NORME DI RIFERIMENTO IEC 60601-1

PRESENZA DI PARTI APPLICATE ☒ Sì ☐ No **N°** 1 **TIPO** B

ALIMENTAZIONE ☐ Interna ☒ Esterna **CAVO SEPARABILE** ☒ Sì ☐ No **CONNESSIONE** ☐ Permanente ☒ A spina

TENSIONE DI ALIMENTAZIONE 240V ☒ AC ____ ☐ DC **POTENZA** 1250VA ☐ W ☒ VA ☐ A

TIPO ☐ Stagno all'immersione ☒ Comune ☐ Protetto contro lo stillicidio ☐ Protetto contro lo spruzzo

NOTE ____

Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
U.O.C. Ingegneria Clinica

VERIFICA VISIVA

OGGETTO DEL CONTROLLO	ok	non ok	non applicabile	NOTE
Integrità telaio - Involucro	✓			
Protezione parti in movimento			✓	
Presenza maniglie	✓			
Parti in pressione (esterne)			✓	
Serigrafie dei dispositivi di controllo, sicurezza e comandi	✓			
Integrità dispositivi di controllo, sicurezza e comandi (spie) – (display) –(spine) – (prese) (interruttori) (portafusibili) (differenziali)...	✓			
Cavo alimentazione	✓			
Blocca cavo - Passacavo			✓	
Portata adeguata dei fusibili (se esterni)	✓			2x1,6A
Ruote – Freni – Slitte.....	✓			
Filtri esterni (acqua) (aria) (olio).....			✓	
Dati di targa	✓			

VERIFICA ELETTRICA DI SICUREZZA SECONDO CEI 62-148 IEC EN 62353 / CEI EN 61010-1

ANALIZZATORE UTILIZZATO
☐ *FLUKE, ESA 615, inv. 203010, calibrato il*_____
☐ BIO-TEK, 601 PRO Series XL, inv.095454, calibrato il_____

VERIFICA ESEGUITA PRESSO ☑ Locale ad uso medico ☐ Laboratorio ☐ Officina

I RISULTATI DEL TEST SONO ALLEGATI ALLA PRESENTE ☑ Sì ☐ No

SE NON SONO ALLEGATI INDICARE IL MOTIVO VEP del SAT

EVENTUALI NOTE

GARANZIA 24 MESI + ESTENSIONE DI 12 MESI OFFERTA IN GARA, TOTALE DI 36 MESI FULL RISK

DATA MESSA IN SERVIZIO 27 / 07 / 23
SCADENZAGARANZIA 27 / 07 / 26
DATA COMPILAZIONE 27 / 07 / 23 **IL TECNICO U.O.I.C.**

UOC Ingegneria Clinica
Direttore: ing. Paolo Cassoli
Tel. 02 5503. 8417 e -mail: paolo.cassoli@policlinico.mi.it

RESPONSABILITA' DI GESTIONE, CURA E CUSTODIA DELL'APPARECCHIATURA AFFIDATA

Il sottoscritto/a *(Cognome)*.....GRASSELLI.....*(Nome)*.....GIACOMO.....Direttore dell'U.O CdR/CdC .....533/286....., in qualità di affidatario delle apparecchiature e relativi accessori specificati nella documentazione di collaudo allegata alla presente dichiarazione, presa visione e conoscenza del codice di comportamento dei dipendenti formalizzato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Ca' Granda n. 113 del 31/01/2014,

DICHIARA

- di ricevere e prendere in carico i beni suindicati di cui all'ordine/delibera/determina **2023015160-rev0 del 22/05/2023**;
- di essere responsabile dei beni ricevuti in custodia e di curare con diligenza la conservazione e l'utilizzo appropriato ed efficiente degli stessi fino a che non saranno stati formalmente messi fuori uso e cancellati dall'inventario dei cespiti ospedalieri;
- di delegare la gestione della corretta conservazione e custodia dei beni in argomento al sig./sig.ra/dr./dr.ssa *(Cognome)*.....Pitrè..... *(Nome)*.....Maria Grazia.....
- di delegare, se del caso, la gestione della corretta sanificazione/disinfezione/sterilizzazione (Reprocessing) dei beni in argomento al sig./sig.ra/dr./dr.ssa *(Cognome)*.....Pitrè..... *(Nome)*.....Maria Grazia.....
- di delegare la gestione del corretto utilizzo dei beni in argomento al sig./sig.ra/dr./dr.ssa *(Cognome)*.....Pitrè..... *(Nome)*.....Maria Grazia.....

Data.....15/11/2023.....

Firma per accettazione dell'incarico

Il delegato alla gestione della conservazione e custodia

.....

Il delegato alla gestione del reprocessing

.....

Il delegato alla gestione del corretto utilizzo

.....

Il Direttore dell'UO

.....