

Verifica della Sicurezza Elettrica degli Apparecchi Elettromedicali

Riferimenti Struttura:

Struttura: _____ ; Reparto / U.O. / Serv.: _____
 Centro Di Costo: _____ ; Nominativo Richiedente: _____
 Telefono: _____ ; Fax _____ ; e-mail: _____@asp.cz.it

Dati dell'apparecchio:

Tipologia:	
Costruttore - Fornitore:	
Modello:	
Num. Inventario ASP/Num. Matr./Num. Serie	
Data Verifica:	

Identificazione dell'apparecchio:

Classe di Protezione	Tipo e Numero di Parti Applicate
<input type="checkbox"/> Classe I ; <input type="checkbox"/> Classe II ; <input type="checkbox"/> Classe A.I. ;	<input type="checkbox"/> N.A.; <input type="checkbox"/> B; <input type="checkbox"/> BF; <input type="checkbox"/> CF;

Ispezione Visiva:

Descrizione Intervento	OK	KO	NV	NA
Allineamento Documentazione				
Conformità Fusibili				
Stato Etichette e Dati di Targa				
Integrità e Contaminazione				
Stato degli Accessori				
Configurazione Sistema				



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Servizio Ingegneria Clinica
Direttore Dott. Romano Giuseppe

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

Int. n. _____
del ___/___/___

A questo Modulo bisogna allegare il report delle misurazioni effettuate dalla Ditta Specializzata.

Allegato 2) – Pag. 2 di 2

Strumenti utilizzati nelle prove: _____ _____ _____
Esito delle prove: <input type="checkbox"/> IDONEO ; <input type="checkbox"/> NON IDONEO ;

CONCLUSIONI	
<input type="checkbox"/> Apparecchio Conforme alle Norme di Sicurezza	<input type="checkbox"/> Apparecchio con Non Conformità, senza causa immediata di rischio elettrico/meccanico per paziente e/o operatore sanitario.
<input type="checkbox"/> Apparecchio con diverse Non Conformità. Messa in Fuori Uso Temporaneo , sino alla correzione delle carenze.	<input type="checkbox"/> Apparecchio Non Conforme, tale da risultare critico per paziente e/o operatore. Si raccomanda la Modifica / Sostituzione o la sua messa Fuori Servizio

Note: _____ _____ _____ _____
--

luogo e data: _____

firma del Tecnico Verificatore

firma del personale Serv. Ing. Clinica

