



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Servizio Ingegneria Clinica
Direttore Dott. Romano Giuseppe

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Int. n. _____
del ___/___/___

Allegato 4)

Richiesta di Intervento su Apparecchiature Elettromedicali
(E' OBBLIGATORIO COMPILARE TUTTI I CAMPI)

U.O. /Serv. Richiedente: _____ Data: ___/___/___

Motivazione:

Manutenzione per guasto

Verifica di sicurezza

Verifica funzionalità

Manutenzione Preventiva

Sostituzione / Ricambio: _____

Caratteristiche Apparecchiatura:

Tipologia Apparecchio: _____ Modello: _____

Costruttore/Produttore: _____ Num. Inventario ASP: _____

Problema Ricontrato:

Descrizione dettagliata del malfunzionamento: _____

Funzionante in modo completo

Parzialmente funzionante

Fermo macchina

Programmazione Intervento:

Apparecchiatura sempre disponibile Concordare data e ora a mezzo telefonico

Apparecchiatura disponibile in data: ___/___/___ alle ore: ___ : ___

Riferimenti Richiedente:

Struttura: _____ ; Reparto / U.O. / Serv.: _____

Centro Di Costo: _____ ; Nominativo Richiedente: _____

Telefono: _____ ; Fax _____ ; e-mail: _____@asp.cz.it

Timbro e Firma

Resp. U.O./Serv. _____

spazio riservato al **Servizio Ingegneria Clinica**

1 - Primo Intervento

2 - Fuori Uso Temporaneo

3 - Ditta Specializzata

4 - Sopralluogo il ___/___/___

INTERVENTO S.I.C.

Data ___/___/___ ora ___:___

Risolutivo: Si ; No

CHIUSURA INTERVENTO

Interv. SIC; Ditta

Rapp.FinInterv.

Funzionante ConRiserv

