

Verbale di Collaudo / Intervento Tecnico



VIVISOL
Home Care Services

Data _____ Ora inizio intervento _____ Verbale Nr _____ \

Centro Servizi: _____ Operatore VIVISOL sig. _____

Assistito _____ Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Cliente _____

Tipo di intervento

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> prima installazione/collaudo | <input type="checkbox"/> intervento ordinario a domicilio |
| <input type="checkbox"/> intervento straordinario a domicilio | <input type="checkbox"/> disattivazione servizio |

Dati Dispositivo Medico

Ore Macchina _____ Modello _____ Barcode Vivisol _____

Produttore _____ Matricola Produttore _____

Difetto Segnalato _____

Difetto Ricontrato _____

| | | |
|--|----------------|------------------|
| Controllo Funzionale (Dati Strumento Analisi) | Barcode _____ | Produttore _____ |
| | SN Prod. _____ | _____ |

Integrità scocca:

Funzionamento pulsante accensione:

Integrità Cavi:

Sostituzione filtri:

Controllo umidificatore:

Modalità Ventilazione: _____

| Parametri | Val. Imp | Val. Mis |
|-------------------------------|----------|----------|
| Pressione | | |
| Livello Batteria | | |
| Volume Corrente (Ventilatore) | | |
| Ti (min) | | |
| TI Max | | |
| I/E | | |
| PS | | |
| PEEP | | |
| Curva ventilatore | | |
| Frequenza di backup | | |
| Trigger flusso | | |
| Trigger pressione | | |
| Livello Batteria Interna | | |
| Livello Batteria Esterna | | |
| IPAP | | |
| EPAP | | |
| Trigger insp | | |
| Trigger esp | | |
| Frequenza Minima | | |

| Parametri | Val. Imp | Val. Mis |
|-----------------------|----------|----------|
| Tinsp (ventilatore) | | |
| TI Min | | |
| Vts | | |
| Rampa (tempo) | | |
| T Insp Min | | |
| T Insp Max | | |
| Livello Umidificatore | | |
| P min | | |
| P max | | |
| Purezza O2 | | |
| Flusso concentratore | | |
| Flusso aspiratore | | |
| Pressione aspiratore | | |
| P insp | | |
| P esp | | |
| Pausa | | |
| T insp (macchina) | | |
| T esp | | |
| | | |

Esito Controllo Funzionale: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Negativo (con ritiro/sostituzione dispositivo)

Data Ultima Verifica Elettrica:

| | | |
|-------------------------------|----------------|------------------|
| Verifica Elettrica | Barcode _____ | Produttore _____ |
| CEI EN 62353 (se applicabile) | SN Prod. _____ | _____ |

Esito Verifica Elettrica: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Negativo (con ritiro/sostituzione dispositivo)

Causa Fallimento Verifica Elettrica: _____

firma dell'operatore vivisol

firma dell'assistito o suo familiare

Verbale di Collaudo / Intervento Tecnico



VIVISOL
Home Care Services

Data _____ Ora inizio intervento _____ Verbale Nr _____ \

Centro Servizi: _____ Operatore VIVISOL sig. _____

Assistito _____ Nome _____ Cognome _____
Indirizzo _____
Cliente _____

Tipo di intervento ☐ prima installazione/collaudo ☐ intervento ordinario a domicilio
☐ intervento straordinario a domicilio ☐ disattivazione servizio

Dati Dispositivo Medico

Ore Macchina _____ Modello _____ Barcode Vivisol _____
Produttore _____ Matricola Produttore _____
Difetto Segnalato _____
Difetto Ricontrato _____

Controllo Funzionale
(Dati Strumento Analisi)

Barcode _____ Produttore _____
SN Prod. _____

Integrità scocca:

Funzionamento pulsante accensione:

Integrità Cavi:

Sostituzione filtri:

Controllo umidificatore:

Modalità Ventilazione: _____

| Parametri | Val. Imp | Val. Mis |
|-------------------------------|----------|----------|
| Pressione | | |
| Livello Batteria | | |
| Volume Corrente (Ventilatore) | | |
| Ti (min) | | |
| TI Max | | |
| I/E | | |
| PS | | |
| PEEP | | |
| Curva ventilatore | | |
| Frequenza di backup | | |
| Trigger flusso | | |
| Trigger pressione | | |
| Livello Batteria Interna | | |
| Livello Batteria Esterna | | |
| IPAP | | |
| EPAP | | |
| Trigger insp | | |
| Trigger esp | | |
| Frequenza Minima | | |

| Parametri | Val. Imp | Val. Mis |
|-----------------------|----------|----------|
| Tinsp (ventilatore) | | |
| TI Min | | |
| Vts | | |
| Rampa (tempo) | | |
| T Insp Min | | |
| T Insp Max | | |
| Livello Umidificatore | | |
| P min | | |
| P max | | |
| Purezza O2 | | |
| Flusso concentratore | | |
| Flusso aspiratore | | |
| Pressione aspiratore | | |
| P insp | | |
| P esp | | |
| Pausa | | |
| T insp (macchina) | | |
| T esp | | |

Esito Controllo Funzionale: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Negativo (con ritiro/sostituzione dispositivo)

Data Ultima Verifica Elettrica:

Verifica Elettrica _____ Barcode _____ Produttore _____
CEI EN 62353 (se applicabile) _____ SN Prod. _____

Esito Verifica Elettrica: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Negativo (con ritiro/sostituzione dispositivo)

Causa Fallimento Verifica Elettrica: _____

_____ *firma dell'operatore vivisol*

_____ *firma dell'assistito o suo familiare*