



PROCES VERBAL DE MISE EN SERVICE

Marché : oui non N° _____ du ____/____/____

Commande N° _____ du ____/____/____

Renouvellement Complément Nouvelle acquisition

SERVICE UTILISATEUR : _____ UA : _____

FOURNISSEUR : _____ Code _____

Equipements biomédicaux Mobilier Autres

DESIGNATION DE LA FOURNITURE (Libellé complémentaire) : _____

Quantité _____ N° Série _____

N° CNEH _____ N° Marquage CE : _____ Marque _____

Modèle _____ Type _____

ACCESSOIRES (Désignation/ n° série) : _____

¹cochez d'une croix

DATES EFFECTIVES DE :

Livraison ____/____/____ Mise en service ____/____/____ Garantie : début ____/____/____ durée _____

Prestations incluse dans la garantie : _____

En application des dispositions prévues au marché ci-dessus identifié, les soussignés, attestent qu'il a été procédé aux opérations de vérifications ainsi que prévue, et que l'admission expresse de l'équipement ci-dessus décrit, peut être prononcée sous réserve des vices cachés.

Le service utilisateur :

J'atteste que les points de contrôle ❶, ❷ et ❸ du protocole DE/EQUI/PT/001/C/2 (cf au verso) ainsi que la présence de l'étiquetage d'inventaire ont été vérifiés.

Autres observations : _____

Nom/ Qualité : _____ Date ____/____/____ Signature _____

Direction des Equipements :

J'atteste que les points ❹, ❺, ❻ et ❼ du protocole DE/EQUI/PT/001/C/2 (cf. au verso) ont été vérifiés.

Observation : _____

Nom/ Qualité : _____ Date ____/____/____ Signature _____

Le fournisseur :

J'atteste, (Nom/Qualité) _____ avoir réalisé les vérifications de bon fonctionnement de l'équipement, conformément aux exigences du fabricant, conformément aux exigences du fabricant.

Indications. Contre indications et Interférences Potentielles : _____

Autres observations : _____

Nom/ Qualité : _____ Date ____/____/____ Signature _____

Copie : Fournisseur, Direction des équipements et service utilisateur (A.Paré)

L'original est annexé à la facture pour le mandatement.

➔ ***Veillez prendre connaissance des points de contrôle mentionnés au verso pour signature. S.V.P. Merci***

« PROTOCOLE DE RECEPTION ET DE MISE EN SERVICE DES EQUIPEMENTS NEUFS »

N° DE/EQUI/PT/001/C/2

Date d'application : 01/07/03

Diffusé à tous les services

Les 7 points de contrôle suivants devront être vérifiés :

➔ PAR LE SERVICE UTILISATEUR

Vérification effectuée par le chef de service et/ou le cadre supérieur du service ou leurs représentants

Points 1, 2 et 3

- ❶ Planification de la :
 - formation des utilisateurs référents par le fournisseur ou le fabricant, ou éventuellement le service (pour les modèles déjà utilisés),
 - formation globale des utilisateurs
- ❷ Existence d'une liste du personnel habilité à utiliser l'appareil biomédical
- ❸ Présence d'un manuel ou notice d'utilisation en français

➔ PAR LA DIRECTION DES EQUIPEMENTS

Vérification effectuée par l'ingénieur biomédical ou son représentant

Points 4, 5, 6 et 7

- ❹ Présence de la documentation technique
- ❺ Présence des étiquetages réglementaires (CE ...)
- ❻ Vérification du bon fonctionnement du dispositif, selon les instructions figurant dans le manuel d'utilisation (par le fournisseur ou le fabricant, ou éventuellement le service - pour les modèles déjà utilisés)
- ❼ Relevé des indications et contre-indications et des interférences potentielles clairement consignées par le fournisseur.