

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE CHE DOVRA' PRODURRE IL SOLO AGGIUDICATARIO PER LA GARANZIA DELLA SICUREZZA RM (SI ALLEGA A TITOLO INFORMATIVO)

1. Dati della ditta fornitrice
2. Compilazione modulo C
3. Documento di trasporto e gestione eventi anomali o Evidenza che confermi se il magnete sarà disattivato durante il trasporto
4. Dichiarazione di garanzia degli standard di sicurezza e Certificato Conformità RM con standard
5. Relazione tecnica di descrizione del mezzo mobile e caratteristiche tecniche RM compresa la dichiarazione del SAR
6. Nominativo dell'Esperto Responsabile della ditta che fornisce la RM mobile
7. Layout e predisposizione per installazione della Unità Mobile presso il Presidio Ospedaliero, sia in sezione orizzontale che verticale quotata che evidenzia:
 - a) le linee isomagnetiche intorno al mezzo mobile (Fornire evidenza che le linee isomagnetiche a 0,5 mT sono contenute all'interno del mezzo mobile, almeno per le componenti orizzontali del campo magnetico)
 - b) la posizione del tubo di quench
 - c) l'area di delimitazione (zona di rispetto attorno al mezzo mobile)
 - d) percorso in sicurezza dell'elio all'interno del Presidio Ospedaliero sia durante la fase di attivazione e sia durante eventuali operazioni di rabbocco
 - e) altre indicazioni la ditta dovesse ritenere necessarie per una corretta installazione (alimentazioni elettriche, linee dati...)
8. Elenco della dotazione dei presidi medico chirurgici presenti nel sito della RM mobile e compatibilità elettromagnetica con loro impiego in sala magnete
9. Copia del Regolamento di Sicurezza della RM mobile
10. Copia della certificazione più recente della verifica del rivelatore di ossigeno
11. Copia della certificazione più recente della tenuta della gabbia di Faraday.
12. CONTROLLI DI QUALITA' PreINSTALLAZIONE: dell'ultima verifica effettuata
13. CONTROLLI DI QUALITA' Post INSTALLAZIONE: Verifiche eseguite nel sito ad installazione avvenuta

INSTALLAZIONE ED UTILIZZO DI APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE A RISONANZA MAGNETICA

SCHEDA RACCOLTA DATI – MODULO C		RMTM -RMSM Da utilizzare per apparecchi codice: _____ Risonanza Magnetica Total body mobile Risonanza Magnetica Settoriale mobile			
DITTA FORNITRICE DEL SERVIZIO	Denominazione				
	Sede Legale	Indirizzo			
		Città		CAP	
		telefono	cellulare		
		e-mail			
		Codice fiscale P.IVA			
	automezzo	targa	modello		
RESPONSABILI	ATTIVITÀ CLINICA	Cognome e nome:			
		Luogo di nascita:	Data di nascita:		
		Specializzazione:			
		telefono	e-mail		
	SICUREZZA	Cognome e nome:			
		Luogo di nascita:	Data di nascita:		
		Laurea: _____			
		Esperto in Fisica Medica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		
		telefono	e-mail		
	Durata	L'attività verrà svolta presumibilmente	dal	al	Frequenza giorni/settimana _____
	Persona di riferimento	Cognome e nome:			
telefono		e-mail			

(COMPILARE SOLO SE NON COINCIDENTI CON QUELLI RIPORTATI NELLA PARTE A)

Il Legale Rappresentante _____ Lì _____

INSTALLAZIONE ED UTILIZZO DI APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE A RISONANZA MAGNETICA

SCHEDA RACCOLTA DATI - MODULO C		RMTM -RMSM Da utilizzare per <u>apparecchi codice:</u>		
		Risonanza Magnetica Total body mobile Risonanza Magnetica Settoriale mobile		
		Si	No	N/A
Sicurezza durante il trasporto	Durante il trasporto dell'apparecchiatura il magnete viene disattivato?			
	Esiste una procedura in cui sono definite le modalità di intervento in caso di incidente durante il trasporto?			
	Esiste una procedura per la limitazione delle conseguenze dovute a presenza dei gas prodotti dai liquidi criogeni in casi di incidente in luoghi confinati (esempio gallerie, autorimesse, ecc.) durante il trasporto o il ricovero dell'automezzo?			
Sicurezza durante la sosta	La presenza del campo magnetico è stata notificata dalla direzione sanitaria o dal medico radiologo ai Responsabili della sicurezza?			
	L'automezzo è stato parcheggiato lontano da Reparti e Servizi dotati di tecnologia particolarmente sensibile alla presenza di campi magnetici (es. Cardiologia-Rianimazione)?			
	La presenza del campo magnetico è stata adeguatamente segnalata?			
	In qualsiasi direzione la linea da 0,5 mT è contenuta all'interno del mezzo mobile?			
	In caso di risposta negativa indicare la massima estensione dalla sagoma dell'automezzo della linea isomagnetica da 0,5 mT metri →			
	Nelle vicinanze dell'automezzo possono transitare importanti masse di materiale ferromagnetico (es: autoarticolati, autobus, muletti etc.)?			
Descrizione del sito	Locali ed aree adiacenti il mezzo mobile (descrivere)			
	Eventuale collegamento (fisso o mobile) con la struttura sanitaria ospitante (descrivere)			
	Localizzazione dell'area destinata all'attesa delle persone ambulantanti e/o barellate e dell'area di primo intervento (descrivere)			
	Indicare i motivi della scelta di utilizzare una apparecchiatura mobile			

(N/A: Non Applicabile/Non Previsto)

Il Legale Rappresentante _____ Lì _____