

(Duomenų apie diagnostines ultragarsines medicinos priemones (prietaisus) pateikimo forma)

_____ (įstaigos pavadinimas)

_____ (įstaigos adresas)

_____ (įmonės kodas, telefonas, faksas, el. paštas)

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie
Sveikatos apsaugos ministerijos

DUOMENŲ APIE DIAGNOSTINES ULTRAGARSINES MEDICINOS PRIEMONES (PRIETAISUS) PATEIKIMO FORMA

_____ Nr. _____
(data)

_____ (sudarymo vieta)

1. Duomenys apie medicinos priemonę (prietaisą)

Medicinos priemonės (prietaiso) pavadinimas	Tipas/ modelis	Partijos/ serijos numeris	Gamintojo pavadinimas	Gamintojo šalies kodas (pvz., LT)	Pagaminimo data	Įsigijimo data	Naudojimo pradžios data	Aprobavimo dokumento Nr.	CE ženklas yra/nėra	Paskelbtosios įstaigos numeris	Naudojimo vieta (pvz., skyrius, kab. Nr.)

2. Techninės medicinos priemonės (prietaiso) charakteristikos:

2.1. Tipas:

- Mobilus Stacionarus
 Analoginis Skaitmeninis Hibridinis

2.2. Vaizdo apdorojimo režimas:

- 2D 3D 4D

2.3. Doplerio režimas:

- yra nėra

_____ (pareigų pavadinimas)

_____ (parašas)

_____ (vardas ir pavardė)