

(Duomenų apie diagnostinius ultragarsinius 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 DIAGNOSTINIUS ULTRAGARSINIUS PRIETAISUS PATEIKIMO FORMA

_____ Nr. _____

(data)

(sudarymo vieta)

1. Duomenys apie medicinos prietaisą

Medicinos prietaiso pavadinimas	Tipas/ modelis	Partijos/ serijos numeris	Gamintojo pavadinimas	Gamintojo šalies kodas (pvz., LT)	Pagaminimo data	Išigijimo data	Naudojimo pradžios data	Aproba- vimo doku- mento Nr.	CE ženklas yra/nėra	Paskelb- tosios įstaigos numeris	Naudojimo vieta (pvz., skyrius, kab. Nr.)

2. Techninės medicinos 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)