

IMEDEX s.r.o.  
Průmyslová 1200  
Hradec Králové CZ 500 02  
Tel.: +420 602 559 993  
E-mail: imedex@imedex.cz  
DIČ CZ27510204

**IMEDEX**

## PROTOKOL O KONTROLE

Druh kontroly (zakřížkujte):

- ☒ periodická preventivně bezpečnostní prověrka dle zák. č. 123/2000 Sb., v plat. znění  
☐ oprava

Zdravotnický prostředek:

| Název ZP                                                | Výrobce                                   | Výrob. č.                        | Tř. | Uv. do provozu |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|-----|----------------|
| POLYGRAF HR                                             | Medtronic-SYNECT.P.                       | 712 2162                         | IIa |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> zdravotnický diagn. | <input type="checkbox"/> zdravotnický IVD | <input type="checkbox"/> ostatní |     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> elektrický          | <input type="checkbox"/> neelektrický     |                                  |     |                |

Název a adresa poskytovatele zdravot. péče:

FN OLOMOUČ I. CHIRURG. KLINIKA - AMBULANCE  
I.P. PAVLOVA 6

Umístění zdravotnického prostředku, kontaktní osoba:

I. CHIR. KL. - AMBULANCE

Zkoušeno dle ČSN EN:

☒ 60 601-1 ☐ 33 16 10 ☒ Předpis IMEDEX s.r.o. ☐ .....

Použité měřicí přístroje:

Údaje o kontrolovaném ZP:

|               |                                            |                                         |                                               |                                                           |
|---------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Napájení      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 fáz. | <input type="checkbox"/> 3 fáz          | <input checked="" type="checkbox"/> bateriové | <input checked="" type="checkbox"/> z předepsaného zdroje |
| Třída ochrany | <input type="checkbox"/> I.                | <input checked="" type="checkbox"/> II. | <input type="checkbox"/> I. + II.             | <input type="checkbox"/>                                  |
| Typ dle 601-1 | <input type="checkbox"/> B                 | <input checked="" type="checkbox"/> BF  | <input type="checkbox"/> CF                   | <input type="checkbox"/> nevztahuje se                    |

### Záznam o průběhu kontroly/prohlídky:

(Legenda: J – jednotky V – vyhovuje NS – nevztahuje se N – nevyhovuje)

|                               | Pozn.                        | Naměř. hodn. | J | V | NS | N |
|-------------------------------|------------------------------|--------------|---|---|----|---|
| 1. Vnější kryty, display      |                              |              |   | X |    |   |
| 2. Ovládací a kontrolní prvky |                              |              |   | X |    |   |
| 3. Přívody                    |                              |              |   | X |    |   |
| 4. Software                   |                              |              |   | X |    |   |
| 10. Jiné                      | TLAKOVÉ SNÍMAČE<br>VYHLEDELY |              |   |   |    | X |

Zkouška funkčnosti provedena s výsledkem: ☒ vyhověl ☐ nevyhověl

Zjištění, doporučení

\* VÝMĚNA TLAKOVÝCH PŘEVODŮ PNB  
PRESSURE TRANSDUCER 9012 K 1007 6KS A 1100K VČDPH  
\* REVIZE PROTOKOLU, ZAČLOU DAT

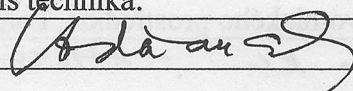
### ZÁVĚR PROHLÍDKY/KONTROLY:

☒ Výše uvedený zdravotnický prostředek kontrole **vyhověl**, splňuje medicínské a technické požadavky stanovené výrobcem, je v souladu s příslušnými technickými normami, je funkční a bezpečný pro určený účel použití.

Doporučený termín příští kontroly ZP: do 12 měsíců od data poslední kontroly/prohlídky.

☐ Nevyhověl

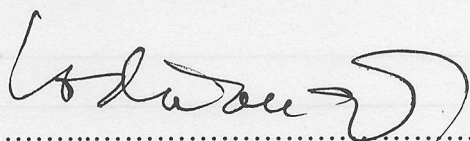
Prohlídku provedl:

|                           |                                                                                     |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Jméno technika (hůlkově): | Podpis technika:                                                                    |
| Mgr. Jan Vodňanský        |  |

Přebírající svým podpisem stvrzuje, že přebírá prověřený zdravot. prostředek funkční a kompletní a stvrzuje převzetí tohoto protokolu.

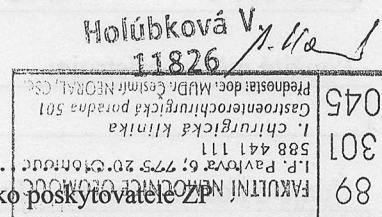
V *06.09* dne: *19.12.*

V dne: *19.12.07*



Mgr. Jan Vodňanský  
IMEDEX s.r.o., Hradec Králové  
**IMEDEX s.r.o.**  
Průmyslová 1200  
500 02 Hradec Králové  
CZ27510204 (1)

Podpis a razítko poskytovatele ZP



Seznam příloh:

*Vyúčtování BTK*