

## THÔNG BÁO

### Về việc khảo sát sửa chữa trang thiết bị

#### Kính gửi: Các nhà cung cấp dịch vụ tại Việt Nam

#### I. Thông tin yêu cầu

- Đơn vị yêu cầu khảo sát: Bệnh viện Truyền máu Huyết học, Số 01, Trần Hữu Nghiệp, ấp 01, xã Tân Kiên, huyện Bình Chánh, Thành phố Hồ Chí Minh
- Thông tin liên hệ tiếp nhận khảo sát: Phòng vật tư, thiết bị y tế  
Số điện thoại: 028 38345555 (line 374)
- Cách thức tiếp nhận:
  - Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Bệnh viện Truyền máu Huyết học (Phòng vật tư, thiết bị y tế), địa chỉ: số 01 Trần Hữu Nghiệp, ấp 01, xã Tân Kiên, huyện Bình Chánh, TP.HCM.
- Thời hạn đơn vị cung cấp dịch vụ vào kiểm tra/đánh giá (tình trạng thiết bị, dịch vụ): Từ 08:00 ngày 13 tháng 11 năm 2024 đến trước 16:00 ngày 19 tháng 11 năm 2024

Các biên bản kiểm tra khảo sát nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.

#### II. Nội dung yêu cầu:

- Danh mục dịch vụ (danh mục đính kèm). Quý Công ty có thể gửi hồ sơ khảo sát cho từng danh mục dịch vụ (không bắt buộc gửi khảo sát cả danh mục).
- Đơn vị cung cấp dịch vụ xác định thời gian vào khảo sát/đánh giá (tình trạng thiết bị, dịch vụ), đồng thời đề xuất phương án theo biên bản kiểm tra (mẫu đính kèm)
- Địa điểm thực hiện dịch vụ: tại Bệnh viện, số 01 Trần Hữu Nghiệp, ấp 01, xã Tân Kiên, huyện Bình Chánh, Thành phố Hồ Chí Minh.
- Yêu cầu nội dung hồ sơ khảo sát:
  - Biên bản kiểm tra.
  - Cung cấp **hồ sơ năng lực** của đơn vị có ký tên, đóng dấu, bao gồm:
    - Giấy phép đăng ký kinh doanh (bản photo)
    - Hợp đồng lao động (nếu có), bằng cấp/chứng chỉ đào tạo của kỹ sư trực tiếp thực hiện dịch vụ (bản photo)
    - Hợp đồng tương tự về việc cung cấp dịch vụ/ cung cấp vật tư thay thế (bản photo)
- Hồ sơ:
  - Các hồ sơ được đựng trong 01 túi hồ sơ dán kín và niêm phong.
  - Ngoài bì của túi hồ sơ ghi rõ:
    - Nơi gửi: Tên, địa chỉ, số điện thoại của Công ty.....

+ Nơi nhận:

Bệnh viện Truyền máu Huyết học

Địa chỉ: số 01, Trần Hữu Nghiệp, ấp 01, xã Tân Kiên, huyện Bình Chánh, Thành phố Hồ Chí Minh

Khoa/Phòng tiếp nhận: Phòng vật tư, thiết bị y tế

+ Nội dung: Hồ sơ khảo sát theo thông báo số 2212/TB-BV.TMHH ngày 13 tháng 11 năm 2024 của Bệnh viện Truyền máu Huyết học.

6. Các thông tin khác (nếu có).

Trân trọng cảm ơn./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;

- Lưu: VT, VTTBYT (DTHK).

**KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**

(*đã ký*)

**NGUYỄN THỊ THU HIỀN**

## DANH MỤC YÊU CẦU KHẢO SÁT

(Đính kèm theo thông báo số 2212/TB-BV.TMHH ngày 13 tháng 11 năm 2024)

Stt	Danh mục dịch vụ	Mô tả dịch vụ	Khối lượng	Đơn vị tính	Địa điểm thực hiện dịch vụ
01	<b>Sửa chữa máy rửa khử khuẩn sấy khô dụng cụ</b> - Model: WD8666 - S/N: WAA082496 - Hãng sản xuất: Getinge	<b>Máy thường xuyên báo lỗi sấy</b> , kiểm tra và sửa chữa để thiết bị hoạt động bình thường.	01	Cái	Bệnh viện Truyền máu Huyết học (số 01 Trần Hữu Nghiệp, ấp 01, xã Tân Kiên, huyện Bình Chánh, Thành phố Hồ Chí Minh)
02	<b>Sửa chữa máy siêu âm doppler màu</b> - Model: LOGIQ P7 - S/N: LP7350877 - Hãng sản xuất: GE Ultrasound Korea Ltd	<b>Màn hình xuất hiện một điểm phòng kích thước khoảng 3x2cm</b> , kiểm tra và sửa chữa để thiết bị hoạt động bình thường.	01	Cái	
03	<b>Sửa chữa máy xử lý mô tự động (+UPS)</b> - Model: ATP700 - S/N: ZH700201113 - Hãng sản xuất: Histo-Line	<b>UPS của máy báo lỗi main và pin bị sứt áp không thể sạc lại</b> , kiểm tra và sửa chữa để thiết bị hoạt động bình thường.	01	Cái	

**Mẫu biên bản kiểm tra .....**  
(đính kèm thông báo số 2212/TB-BV.TMHH ngày 13 tháng 11 năm 2024)

**CÔNG TY:** .....  
**SỐ ĐIỆN THOẠI:** .....  
**ĐỊA CHỈ:** .....

**BIÊN BẢN KIỂM TRA**

**Khoa/Phòng sử dụng:** Kiểm soát nhiễm khuẩn  
**Tên thiết bị:** Máy rửa khử khuẩn sấy khô dụng cụ  
**Hãng:** Getinge  
**Model:** WD8666 **S/N:** WAA082496  
**Nước sản xuất:** Thụy Điển  
**Năm sử dụng:** 2017  
**Ngày thực hiện:** .....

**I. Tình trạng máy trước khi kiểm tra:**

- .....
- .....

**II. Công việc thực hiện:**

- .....
- .....
- .....

**III. Kết luận**

- .....
- .....
- .....

**IV. Ý kiến đề nghị của nhân viên kỹ thuật:**

- .....
- .....

**V. Các vật tư, linh kiện đề nghị thay thế:**

Stt	Tên linh kiện, vật tư	ĐVT	Số lượng	Ghi chú

**VI. Ý kiến của Khoa sử dụng:**

- .....
- .....
- .....
- .....

**Phòng VT, TBYT**

**BPT Khoa/Phòng sử dụng**

**Đại diện Công ty  
Nhân viên kỹ thuật**

**CÔNG TY:** .....  
**SỐ ĐIỆN THOẠI:** .....  
**ĐỊA CHỈ:** .....

## BIÊN BẢN KIỂM TRA

**Khoa/Phòng sử dụng:** BP. Thủ thuật chiết tách  
**Tên thiết bị:** Máy siêu âm doppler màu      **Hãng:** GE Ultrasound Korea Ltd  
**Model:** LOGIQ P7      **S/N:** LP7350877  
**Nước sản xuất:** Hàn Quốc  
**Năm sử dụng:** 2021  
**Ngày thực hiện:** .....

### I. Tình trạng máy trước khi kiểm tra:

- .....  
- .....

### II. Công việc thực hiện:

- .....  
- .....  
- .....

### III. Kết luận

- .....  
- .....  
- .....

### IV. Ý kiến đề nghị của nhân viên kỹ thuật:

- .....  
- .....

### V. Các vật tư, linh kiện đề nghị thay thế:

Stt	Tên linh kiện, vật tư	ĐVT	Số lượng	Ghi chú

### VI. Ý kiến của Khoa sử dụng:

.....  
.....  
.....  
.....

Phòng VT, TBYT

BPT Khoa/Phòng sử dụng

Đại diện Công ty  
Nhân viên kỹ thuật

**CÔNG TY:** .....  
**SỐ ĐIỆN THOẠI:** .....  
**ĐỊA CHỈ:** .....

## BIÊN BẢN KIỂM TRA

**Khoa/Phòng sử dụng:** Giải phẫu bệnh  
**Tên thiết bị:** Máy xử lý mô tự động (+UPS)  
**Model:** ATP700  
**Nước sản xuất:** Ý  
**Năm sử dụng:** 2011  
**Ngày thực hiện:** .....

**Hãng:** Histo-Line  
**S/N:** ZH700201113

**I. Tình trạng máy trước khi kiểm tra:**

- .....
- .....

**II. Công việc thực hiện:**

- .....
- .....
- .....

**III. Kết luận**

- .....
- .....
- .....

**IV. Ý kiến đề nghị của nhân viên kỹ thuật:**

- .....
- .....

**V. Các vật tư, linh kiện đề nghị thay thế:**

Stt	Tên linh kiện, vật tư	ĐVT	Số lượng	Ghi chú

**VI. Ý kiến của Khoa sử dụng:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Phòng VT, TBYT**

**BPT Khoa/Phòng sử dụng**

**Đại diện Công ty  
Nhân viên kỹ thuật**