

ДЕФЕКТНЫЙ АКТ

«08» октября 2026 г.

Код инженер:	KZH	Номер и дата подачи заявки	189 От 07.10.2026	Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				08.10.2026 09:00	08.10.2026 14:00	05 ч.
Организация здравоохранения: ГКП на ПХВ «Областная больница города Талдыкорган»				Город: Талдыкорган		
Отделение: МРТ				Адрес: ул. Ескельди би, 283		
Медицинская техника:						
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☒ Стороннее ☐				Серийный номер:		Дата монтажа медицинской техники:
Компьютерный томограф SOMATOM go.Top, Siemens				119551		
Выполненные работы						
Диагностика ☒	Ремонт ☐	Модернизация ☐	ПТО* ☐	Инсталляция ☐	Обучение ☐	
Выполнена полная диагностика системы компьютерного томографа SOMATOM go.Top производства Siemens. При запуске система выдает ошибку: System malfunction. Please contact Siemens Healthineers Service. The system did not start up correctly. При анализе журнала ошибок обнаружены ошибки связанные с неисправностью коллиматора рентгеновской трубки. При заборе гентри компьютерного томографа выявили, что инициализация коллиматора рентгеновской трубки не проходит и уходит в ошибку. Коллиматор ремонту не подлежит, рекомендована ее замена. Так же, в связи наработки своего ресурса рекомендуется заменить блок щеток гентри компьютерного томографа.						
Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:						
Наименование материала				Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
Типы неисправностей						
Ошибка программы ☐		Техническая неисправность ☒		Механическая неисправность ☐		
Виды ремонта						
Гарантийный ремонт ☐				Негарантийный ремонт ☐		

Комментарии/техническое заключение: Компьютерный томограф не исправен, требуется ремонт с заменой запасных частей. Рекомендована заменить коллиматор рентгеновской трубки, блок щеток и провести повторную диагностику системы компьютерного томографа после замены перечисленных запасных частей.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☒

Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «__»____2026 г. Подпись _____	Медицинскую технику принял: (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: «__»____2026 г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал: (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: «__»____2026 г. Подпись _____	Медицинскую технику принял: (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «__»____2026 г. Подпись _____
Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «__»____2026 г.	
Представитель поставщика услуг: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «08» октября 2026 г.	



М.П.