## cid:image006.png@01DA6B38.155EB5C0

## CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

## Direction des Achats et des Approvisionnements

# ANNEXE EQUIPEMENT BIOMEDICAL

# -MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS EN MISE A DISPOSITION

Seront impérativement incluses à la mise à disposition, les prestations d’un contrat de maintenance tous risques incluant :

1. Nature des différentes prestations incluses

Elaboration, mise à jour d'un programme de maintenance détaillé conformément au programme de maintenance constructeur, aux normes, et réglementations en vigueur, au standard des équipements et à leur contraintes environnementales d'utilisation. Le caractère obligatoire ou optionnel de chaque opération de maintenance sera clairement spécifié.

* Travaux de maintenance préventive conformément au programme de maintenance fabriquant, aux normes, règlements en vigueur, suivant un calendrier établi conjointement avec le service utilisateur et le Service Biomédical.
* Tous travaux de maintenance, de contrôle, de calibration, d'étalonnage, de remise à niveau.
* Dépose et/ou repose, déplacement, transfert de matériel médical.
* Toute introduction de modification obligatoire ou optionnelle permettant de sécuriser ou fiabiliser le matériel durant toute sa durée de vie.
* Travaux éventuels d'assistance technique.
* Traçabilité des interventions techniques ponctuelles sous la GMAO du CHU de Montpellier, D7i

1. Rapport d'Intervention

Toute intervention donnera lieu à l'établissement par le titulaire d'un compte-rendu qui sera adressé au CHU de Montpellier par mail ( cf adresses spécifiques)

Imagerie : [ima-biomédiacl@chu-montpellier.fr](mailto:ima-biomédiacl@chu-montpellier.fr)

Médico Chirurgical : [bio\_medicochir@chu-montpellier.fr](mailto:bio_medicochir@chu-montpellier.fr)

Dialyse : [dia-biomedical@chu-montpellier.fr](mailto:dia-biomedical@chu-montpellier.fr)

Electro médical ( Ventilation : table radiante ..) [bio\_electromedical@chu-montpellier.fr](mailto:bio_electromedical@chu-montpellier.fr)

Electronique médical ( monitorage, perfusion ) : [bio-electroniquemédical@chu-montpellier.fr](mailto:bio-electroniquemédical@chu-montpellier.fr)

Laboratoire : [lab-biomédical@chu-montpellier.fr](mailto:lab-biomédical@chu-montpellier.fr)

Stérilisation : [bio\_sterilisation@chu-montpellier.fr](mailto:bio_sterilisation@chu-montpellier.fr)

Ce compte rendu devra porter toutes les informations nécessaires à la rédaction d'un R.S.Q.M. en GMAO (diagnostic, code d'erreur, nom de l'intervenant, date, heure début intervention, fin d'intervention… ) et il comportera s'il y a lieu, les observations telles que : anomalies constatées, usure de certains organes, risques de détérioration, état du matériel après l'intervention, intervention supplémentaire à réaliser.

Ce compte-rendu sera communiqué impérativement sous 72 heures passées la fin de l'intervention :

Soit sous forme de formulaire au format pdf signé par le Technicien qui est intervenu

Soit sous forme de fichier EXCEL fourni par le biomédical.

Le soumissionnaire s'engagera sur un niveau de maintenance tel que défini par la norme FD X 60-000. Il produira les documents nécessaires permettant d'évaluer le niveau de prestations qu'il pourra fournir lors des interventions (stage(s), expérience(s) acquise(s),...).

Le niveau 4 minimum est demandé dans la mesure où le Service Biomédical du CHU assure déjà un niveau de maintenance sur ce type d'équipement.

1. Délais d'intervention

Si le titulaire dispose d'une centrale d'appel (Hot-Line), le délai d'intervention correspond au délai entre l'heure de l'appel de la personne publique passé à la centrale d’appel de la société et le moment où le technicien débute son intervention.

Si le titulaire ne dispose pas d'une centrale d'appel, les interventions de maintenance seront effectuées à la demande du Département Biomédical sur simple appel téléphonique

Pour toutes interventions, le titulaire doit cependant convenir au préalable, avec le Service Biomédical et le service utilisateur, de la date et de l'heure d'intervention.

Le titulaire s'engage par ailleurs à :

Assurer une permanence téléphonique pendant les heures d'ouverture de ses bureaux et/ou de ses services,

Se rendre sur place pour effectuer son intervention dans un délai maximum de 24 heures ouvrées.

1. Conditions d'interventions

Le personnel du titulaire (du marché) chargé des opérations de maintenance doit lors de son arrivée sur le site signaler sa présence au cadre du service et au service Biomédical. Toute personne intervenant au nom du titulaire devra pouvoir justifier immédiatement de son appartenance par une carte professionnelle ou tout autre justificatif.

Atelier Biomédical Responsable :

04.67.33.80.54

Adresse e-mail : ima-biomedical@chu-montpellier.fr

Pour le gros matériel ne pouvant être déplacé : le titulaire peut éventuellement prévoir une visite technique préalable.

Le titulaire proposera une date de rendez-vous pour exécution des travaux en accord et en relation avec le service médical concerné, et en informera le service biomédical.

La (ou les) intervention(s) technique(s) devra (devront) se dérouler pendant les heures ouvrables des services utilisateurs et devra (devront) obéir aux règles de fonctionnement des services. Le titulaire de la prestation technique devra s'attacher à occasionner le moins de gêne possible en terme de bruit et de poussière, auquel cas il devra faire une préparation de chantier en accord avec le Service Biomédical et le responsable du service utilisateur concerné.

Si des travaux (installation ou maintenance) salissants et /ou générant un risque potentiel de pollution contamination sont à envisager, une demande préalable devra être adressée à l’ingénieur responsable pour fixer les modalités précises d’intervention selon les protocoles en vigueur au C.H.U

A la fin de son intervention, le titulaire emportera ses déchets comme il rendra propre la zone de travail ainsi que les chemins d'accès vers celle-ci.

Le titulaire fera observer la fin de son travail au responsable du service utilisateur et fera aussi constater l'état de propreté du matériel réparé ainsi que de l'environnement proche.

Le rapport d'intervention pourra être visé le responsable du service utilisateur (si l’intervention est réalisée sur site …) , et sera obligatoirement transmis au service biomédical.

1. Accès aux locaux

L'accès des préposés du titulaire aux locaux du C.H.U est soumis aux conditions générales imposées aux personnes étrangères à l'établissement et à sa réglementation en vigueur.

1. Mise en prêt de matériel

Le titulaire, à l'occasion d'une remise en état dont le délai est supérieur à 1 jour ouvrable et sur demande du Service Biomédical, mettra à disposition du service utilisateur (selon les possibilités techniques) un matériel de remplacement gratuit complet avec accessoires de qualité au moins égale à celui défectueux. Un formulaire spécifique de mise en prêt sera établi avec le Service Biomédical.

Si le matériel diffère de celui en cours de réparation, le titulaire fournira les consommables de départ pour cet appareil de prêt et fournira la liste des consommables nécessaires afin que la Direction des Travaux et du Biomédical puisse les commander pour le reste de la durée du prêt.

La mise en prêt correspond à une mise en service à charge du titulaire, avec formations des utilisateurs et en collaboration avec le Service Biomédical. L'appareil de prêt devra être accompagné du manuel utilisateur rédigé en français et des recommandations sur le nettoyage, la désinfection, la stérilisation du matériel.

La maintenance du matériel en prêt reste à la charge du fournisseur.

1. Fourniture d'accessoires de pièces détachées et de consommables

Il est demandé des fournitures d'origine, neuves, permettant de garantir une conservation de la conformité du matériel objet du présent Appel d'Offres, au sens du marquage CE pour un usage conforme aux prescriptions du constructeur.

Le candidat indiquera les conditions de garantie s'appliquant spécifiquement aux consommables, et pièces détachées.

Dans le cas où les fournitures évoquées précédemment sont elles-mêmes considérées comme dispositifs médicaux nécessitant le marquage CE, le (ou les) certificat(s) attestant de ce marquage viendra(ont) compléter le dossier.

Consommables :

Ne peuvent être proposés que les consommables ayant fait l'objet d'un marquage CE ou possédant officiellement une dérogation. Le candidat devra impérativement fournir le numéro d'enregistrement ou à défaut le justificatif de la dérogation.

**LES REFERENTS BIOMEDICAUX CHU MONTPELLER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SPECIALITE** | **Ingénieur biomédical référent** | **tel** | **Mail** |
| IMAGERIE MEDECINE NUCLEAIRE | **Carine Le Floc’h** | 04.67.33.94.06 | [c-le\_floch@chu-montpellier.fr](mailto:c-le_floch@chu-montpellier.fr) |
| REANIMATION SOINS INTENSIFS ANESTHESIE | **Virginie Lacroix** | 04.67.33.80.93 | [v-casanova@chu-montpellier.fr](mailto:v-casanova@chu-montpellier.fr) |
| BLOCS ENDOSCOPIE EXPLORATIONS FONCTIONNELLES | **Timothée BOGGETTO** | 04.67.33.05.15 | [t-boggetto@chu-montpellier.fr](mailto:t-boggetto@chu-montpellier.fr) |
| STERILISATION DIALYSE REEDUCATION THERAPIE ODONTOLOGIE | **Jean Luc Amarger** | 04.67.33.80.53 | [jl-amarger@chu-montpellier.fr](mailto:jl-amarger@chu-montpellier.fr) |
| BIOLOGIE | **Marion TOLEDO** | 04.67.33.63.75 | [m-toledo@chu-montpellier.fr](mailto:m-toledo@chu-montpellier.fr) |

## 

## CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

## Direction des Achats et des Approvisionnements

# ANNEXE EQUIPEMENT BIOMEDICAL

# - FICHE "LIVRAISON - INSTALLATION - RECEPTION"

**UNE FICHE PAR MODELE D'EQUIPEMENT PROPOSE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FOURNISSEUR** |  | |
| **EQUIPEMENT PROPOSE**  **(DESIGNATION / MODELE)** |  | |
| **Délai de livraison (semaines)** **à compter de la passation de la commande :**  *Nota : Le délai de livraison à indiquer est le "délai REEL" au moment de la réponse et non un délai maximum.* |  | |
| **Durée d'installation du matériel (jours ouvrés)**  *Le candidat assurera la fourniture, la pose et le raccordement de toutes les parties de l'installation, du matériel et des accessoires nécessaires au bon fonctionnement de l'équipement.* |  |
| **Durée des travaux préalables (si nécessaire) s'ils sont à la charge du fournisseur (jours ouvrés)** |  |

Il prendra contact avec le Service Biomédical pour organiser la livraison et mise en service des matériel et donner un premier niveau de formation aux techniciens biomédicaux concernés.

**Société (1) Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

(1) Cachet commercial

Nom et qualité du signataire



## CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

## Direction des Achats et des Approvisionnements

# ANNEXE EQUIPEMENT BIOMEDICAL

# DESCRIPTIF DU CONTRAT DE MAINTENANCE TOUS RISQUES INCLUS A LA MAD

**UNE FICHE PAR MODELE D'EQUIPEMENT PROPOSE**

|  |  |
| --- | --- |
| ***DESIGNATION*** | ***MODELE*** |
|  |  |

**Contenu des prestations de maintenance**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Maintenance préventive*** | **Nombre de visites par an :** |  |
| **Pièces détachées :** | **Inclus :**  Oui : Non : : Joindre la liste des pièces non comprises |
| **Consommables techniques :** | **Inclus :**  Oui : Non : : Joindre la liste des consom. non compris |
| **Main-d'œuvre :** | **Inclus :**  Oui : Non : |
| **Déplacement :** | **Inclus :**  Oui : Non : |
| **Informatique associée :**  (Unité centrale, Ecran, Imprimante,..) | **Inclus :**  Oui : Non : |
| ***Référence du protocole de maintenance :*** | |
| ***La procédure utilisée pour la prestation de maintenance préventive doit être jointe à la proposition*** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Maintenance curative*** | **Nombre d'interventions par an :** | **Illimitées** |
| **Délai d'intervention (en h)** | **24h** |
| **Pièces détachées :** | **Inclus :**  Oui : Non : : Joindre la liste des pièces non comprises |
| **Consommables techniques :** | **Inclus :**  Oui : Non : : Joindre la liste des consom.non compris |
| **Main-d'œuvre :** | **Inclus :**  Oui : Non : |
| **Déplacement :** | **Inclus :**  Oui : Non : |
| **Informatique associée :**  (Unité centrale, Ecran, Imprimante,..) | **Inclus :**  Oui : Non : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Autres prestations*** | **Assistance téléphonique** | **N° de tel: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** |
| **Jours et horaires de prise en compte des appels** |  |
| **Mises à jour logiciels Version mineure** | **Inclus :**  Oui : Non : : |
| **Mises à jour logiciels Version majeure** | **Inclus :**  Oui : Non : : |

**Société (1) Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

(1) Cachet commercial

Nom et qualité du signataire