



X-RAY TUBE HOUSING ASSEMBLY (THA) RETURN FORM

A Division of Philips Healthcare-Aurora Facility
555 N. Commerce St., Aurora, IL 60504
Tel: (800) 238-3780 (USA & CANADA) (630) 585-2100 FAX: (630) 585-2125
(RETURN ALL CT AND CV PRODUCTS TO THIS LOCATION)*

Arlington Facility
2312 Avenue J., Arlington, TX 76006 USA
Tel: (800) 544-9729 (USA & CANADA) FAX: (817) 640-6644
(RETURN ALL RADIOGRAPHIC PRODUCTS TO THIS LOCATION)*

* International locations-consult local sales representative for alternative shipping address.

Français la traduction peut être trouvée dessus en arrière de la forme.
Deutsch übersetzung kann von der Form an zurück gefunden werden.
Español la traducción se puede encontrar encendido detrás de forma.

RA # _____

A. QUALIFIED SERVICE PROVIDER INFORMATION

Name (please print) _____		Employee # _____	Month / Day / Year _____
Company _____ State/Country _____		() _____ Telephone # _____	() _____ Pager # _____

B. CUSTOMER SITE INFORMATION

Site Name (please print) _____		() _____ Phone # _____	Equipment Manufacturer _____
Address _____		Site ID # _____	Equipment Model _____
City _____	State _____	Zip Code _____	Country _____
			Scanner/Gantry Serial # (CT ONLY) _____

APPLICATION: Radiographic CT CV OTHER _____ # Detector Rows (CT ONLY) _____

C. PRODUCT INFORMATION

	Date Installed	Date Removed	THA Type	THA SN #	Tube Type	Tube SN #
Old Product						
New Product						

D. X-RAY TUBE HOUSING ASSEMBLY OPERATION

Technique used most often: kV _____ mA _____ Time _____

Technique at time of difficulty: kV _____ mA _____ Time _____

Rotor Speed: 50 Hz 60 Hz OTHER: _____
150 Hz 180 Hz _____ Hz

Required for Warranty Evaluation

CT ONLY

Identify units of measure

Exposures <input type="checkbox"/>	Ending Counter Reading _____
Scans <input type="checkbox"/>	
Slices <input type="checkbox"/>	
Scan Seconds <input type="checkbox"/>	Beginning Counter Reading _____
AMP Seconds <input type="checkbox"/>	
Milli AMP Seconds <input type="checkbox"/>	
Patient Exams <input type="checkbox"/>	Total Used _____

E. REASON FOR RETURN

Unused /Not Needed Warranty Evaluation Housing Credit Reload (Non CT) DOA (Defect On Arrival)

F. FAILURE MODE

<input type="checkbox"/> HV Instability	<input type="checkbox"/> Audible Noise	<input type="checkbox"/> Frozen Rotor	<input type="checkbox"/> Tilt Related (Describe)
<input type="checkbox"/> MA Instability	<input type="checkbox"/> Heat Exchanger	<input type="checkbox"/> Filament Fault	<input type="checkbox"/> Image Quality (Describe)
<input type="checkbox"/> Oil Leak	<input type="checkbox"/> Shipping Damage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Other (Describe)
<input type="checkbox"/> Upgrade		(Please indicate one)	Description or Comments: _____

Yes No Is the failure intermittent?

Yes No Is the failure heat related?

Yes No Has the failure been reported on previous X-Ray Tube Housing Assembly?

If yes: Month / Day / Year: _____ X-Ray Tube SN _____ No. of Exposures _____

I certify that the tube has been installed, inspected and tested with the manufacturer's instructions and procedures:

Signature of Field Service Engineer _____ Date _____

Return Bottom Copy With Product Being Returned

English

453575000600 Rev. H 01/09

FORMULAIRE DE RETOUR DE (THA)**LA GAINE DE PROTECTION DU TUBE RADIOGENE****A. INFORMATIONS CONCERNANT LE PRESTATAIRE DE SERVICES QUALIFIE**

Nom (en caractères d'imprimerie) N° employé Mois Jour Année

Société Région/Pays Téléphone Téléphone N° messagerie
B. INFORMATIONS DU SITE Nom Fabricant de matériel

Adresse N° ID Site Modèle scanner/anneau
 Ville Région Code postal Pays N° série scanner/anneau (CT UNIQUEMENT)
 Nbre de rangées de détecteurs (CT UNIQUEMENT)

C. INFORMATIONS CONCERNANT LE PRODUIT

D. FONCTIONNEMENT DE LA GAINE DE PROTECTION DU TUBE RADIOGENE Technique utilisée le plus souvent : kV mA Durée

Technique utilisée à l'apparition de l'incident : kV mA Durée

Vitesse de rotor : 50 Hz 60 Hz AUTRE : 150 Hz 180 Hz Hz N° de autorización de devolución

E. RAISON DU RETOUR Nouveau tube inutile Evaluation de la garantie Crédit pour la gaine de protection Recharger (Non CT) DOA (Défaut à l'arrivée)

F. MODE DE DEFAILLANCE Instabilité HV Bruit Rotor bloqué Problème d'inclinaison (Décrivez) Instabilité mA Echangeur thermique Défaut au niveau du filament

Qualité de l'image (Décrivez) Fuite d'huile Dommages pendant le transport Autre (Décrivez) Mise à niveau Oui Non Le problème est-il intermittent ?

Décrivez : Oui Non Le problème est-il thermique ? Oui Non Le problème a-t-il déjà été signalé avec une

gaine de protection de tube radiogène ?

Si oui : Mois Jour Année : N° série tube/insert radiogène Nbre d'expositions

APPLICATION : Radiographique CT CV AUTRE

Date Installée

La Date A enlevé

Modèle de THA

SN DE THA #

Modèle de tube de rayon X

SN De Tube De Rayon X #

Produit retiré

Produit réinstallé

Renvoyer la copie avec le produit retourné

CT UNIQUEMENT

Identifier les unités de mesure

Expositions Compteur lecture finale Scans Français

Coupes Scan/seconde Lecture initiale sur le compteur

AMP/seconde Lecture totale

Patient les examens

RÖNTGENRÖHREN-GEHÄUSE- (THA)**RÜCKSENDEFORMULAR****A. INFORMATIONEN ZUM QUALIFIZIERTEN DIENSTLEISTER**

Name (Bitte in Druckschrift) Mitarbeiter-Nr. Monat Tag

Firma Bundesstaat/Land Telefonnr.

Pager-Nr.

B. INFORMATIONEN ZUM KUNDENSTANDORT Name

Adresse Telefonnr. Standort-ID

Stadt Bundesstaat Postleitzahl Land Scanner-/Portalarm-Modell Scanner-/Portalarm-Seriennr. (NUR CT)

C. PRODUKTINFORMATIONEN

D. RÖHRENBETRIEB Meistverwendete Technik: kV mA Zeit

Technik zum Zeitpunkt des Defekts: kV mA Zeit

Rotordrehzahl: 50 Hz 60 Hz SONSTIGE: 150 Hz 180 Hz Hz

E. GRUND FÜR RÜCKSENDUNG Neue Röhre unbenutzt/nicht benötigt Garantieanspruch Gehäuse-Gutschrift Neuladung (außer CT) Neue Röhre unbenutzt/nicht benötigt

F. FEHLERMODUS HV-Instabilität Hörbare Geräusche Rotor-Drehzahl Neigungsbezogen (Bitte beschreiben) mA-Instabilität Wärmetauscher

Filament-Fehler Bildqualität (Bitte beschreiben) Ölaustritt Transportschaden Sonstiges (Bitte beschreiben)

Upgrade Ja Nein Tritt das Problem nur zeitweise auf? Beschreibung: Ja Nein Steht das Problem mit Wärme in Beziehung? Ja Nein Trat das Problem

bei früheren Röhren auf? Wenn ja: Mona Tag Jahr: Seriennr. von Röhre/Einsatz Anz. Belichtungen

ANWENDUNG: Radiografisch CT CV SONSTIGE

Datum Brachte Datum Entfernte THA-Modell THA-SN # Röntgenstrahl Röntgenstrahl Schlauchmodell SchlauchcSn #

Produkt entfernt

Produkt neu installiert

NUR CT

Bitte Maßeinheit identifizieren

Belichtungen Zähler bei Ausbau

Scans Schnitte Scan/Sek. Zähler bei Einbau

AMP/Sek. Zähler Unterschied

Patienten-Prüfungen

Unteren Durchschlag zusammen mit dem Produkt zurücksenden

Deutsch

CARCASA DE TUBO DE RAYOS X**FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN****A. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO CUALIFICADO**

Nombre (letras de imprenta) N° de empleado Mes Día

Empresa Prov./País Número de teléfono Núm. de buscapersonas

B. INFORMACIÓN SOBRE EL LOCAL DEL CLIENTE

Nombre Número de teléfono Fabricante del equipo

Dirección N° de identificación del local Modelo del escáner/gantry

Ciudad Prov. Cód. postal País N° de serie del escáner/gantry (SÓLO TC) Número de detectores (SÓLO TC)

C. INFORMACIÓN SOBRE EL PRODUCTO**D. FUNCIONAMIENTO DE LA CARCASA DE TUBO DE RAYOS X**

Técnica utilizada más a menudo: kV mA Tiempo Técnica en momentos de dificultad: **Velocidad del rotor:** 50 Hz 60 Hz OTRA: 150 Hz 180 Hz

E. MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN

No se usó/Nose necesitaba tubo nuevo Evaluación de la garantía Reembolso de la carcasa Recarga (no TC) Defectuoso a la entrega (DOA)

F. MODO DE FALLO

Inestabilidad alto voltaje Ruido excesivo Rotor congelado Referente a inclinación (describa)

Inestabilidad del MA intercambiador de calor Defecto del filamento Calidad de imagen (describa) Fuga de aceite Daños de transporte Otro (describa)

Actualización Sí No ¿Es intermitente el fallo? Describa: ¿Se relaciona el fallo con el calor? ¿Se ha

informado del problema en otras carcacas de tubos de rayos X? Si responde que sí: Mes Día Año N° serie (conjunto) tubo de rayos X N° exposiciones

APLICACIÓN: Radiográfica TC VC OTRA

Fecha Instalada La Fecha Quitó Modelo de THA SN DE THA # Modelo Del Tubo SN Del Tubo

De la radiografía

De la Radiografía #

SÓLO TC

Identifique las unidades de medición

Exposiciones Lectura final del contador

Exploraciones Cortes Exploración/seg.

Lectura inicial del contador Amp./seg.

paciente exámenes

Lectura total

Envíe la última copia junto con el producto devuelto.

Español