

RA #: _____

To obtain a return authorization number, contact Richardson directly. Please e-mail this report and ERROR LOG to *healthcare@rell.com*, with tube Serial Number in subject line.

Date: _____ / _____ / _____
Month Day Year

A. GENERAL INFORMATION

Service Engineer _____ Service Company _____ District _____ Phone # _____

B. SITE INFORMATION

Site Name _____ Phone # _____
Address _____ Site/Contract ID #, if applicable _____ Gantry Serial # _____
City _____ State _____ Equipment Mfg. _____ Model _____
Zip _____ Country _____

C. RETURNED (FAILED) TUBE INFORMATION

Housing Model Type _____ Removed: _____ / _____ / _____ Tube Usage _____
Housing Serial # _____ Installed: _____ / _____ / _____ Unit of Measure _____
Tube/Insert Type _____ Tube/Insert Serial # _____ Focal Spot _____ Total Months Installed _____

D. TUBE OPERATION

Technique Used Most Often: kV _____ mA _____ Time _____
Technique at Time of Difficulty/Error: kV _____ mA _____ Time _____

Rotor Speed

50 Hz 100 Hz

E. REASON FOR RETURN

Warranty Evaluation Repair Out of Warranty Evaluation

F. FAILURE MODE

HV Instability Audible Noise (Bearings) Rotor Speed Tilt Related (Describe)
 MA Instability Heat Exchanger Filament Fault Image Quality (Describe)
 Oil Leak Shipping Damage Other (Describe)
Is the problem Intermittent? Yes No
Is the problem Heat Related? Yes No
Has the problem occurred on previous tubes? Yes No

G. COMMENTS

H. NEW/REPLACEMENT TUBE INFORMATION

Housing Model Type _____ Insert Serial # _____ Install Date: _____ / _____ / _____
Month Day Year

Tubes must be returned in the original or other reasonable packaging to avoid damage during transport; this completed Tube Service Report must be included in order to receive warranty consideration. **NOTE: All housings must be cleaned of blood, contrast media and any body fluid residue before returning.**

This information is confidential to Richardson Electronics. No part of this document may be copied or reproduced in any form or by any means without the prior written consent of Richardson Electronics, Ltd.

HEA-F000122
Rev. B

RA #: _____

Pour obtenir un numéro d'autorisation de retour, contactez directement Richardson .
Merci d'envoyer ce rapport et le registre des erreurs à: *healthcare@rell.com*, avec
le numéro de série du tube en objet.

Date: _____ / _____ / _____
Mois Jour Année

A. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Ingénieur de service _____ Entreprise de service _____ Province _____ Numéro de téléphone _____

B. INFORMATIONS DE MISE EN SERVICE

Nom du site _____ Numéro de téléphone _____

Adresse _____ Site/Numéro de contrat, si applicable _____ Numéro de série du portique _____

Ville _____ Province _____ Constructeur de l'équipement _____ Modèle _____

Code postal _____ Pays _____

C. INFORMATIONS DU TUBE RETOUR

Type de gaine _____ Démontage: _____ / _____ / _____ Usage du tube _____
Mois / Jour / Année

Numéro de série de la gaine _____ Installé: _____ / _____ / _____ Unité de Mesure _____
Mois / Jour / Année

Type de Tube/Insert _____ Numéro de Série du Tube _____ Focal Spot _____ Total de mois installé _____

D. CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DU TUBE

Technique récurrente: kV _____ mA _____ Durée _____

Technique lors de l'incident: kV _____ mA _____ Durée _____

Vitesse de rotation

50 Hz 100 Hz

E. RAISON DU RETOUR

Evaluation sous garantie Réparation Evaluation hors garantie

F. MODE DE DEFAILLANCE

Instabilité HV Son audible (roulement) Vitesse de rotation Lié à l'inclinaison (Décrire)
 Instabilité mA Echangeur de chaleur Défaut Filament Qualité de l'image (Décrire)
 Fuite d'huile Dommage dû au transport Autre (Décrire)

Problème intermittent? Oui Non

Problème lié à la chaleur? Oui Non

Problème récurrent à d'autres tubes? Oui Non

G. COMMENTAIRES

H. INFORMATIONS TUBE DE REMPLACEMENT

Type de gaine _____ Numéro de série du tube _____ Date d'installation: Mois _____ / _____ / _____
Jour Année

Les tubes doivent être retournés dans leur emballage d'origine ou de protection équivalente afin d'éviter des dommages
durant le transport; ce rapport doit être complété pour que la garantie puisse être prise en considération. **ATTENTION:**
Toutes les gaines doivent être nettoyées de sang, liquide de contraste et autres fluides corporels avant retour.

HEA-F000122
Rev. B