

	UFSC/HU/DE	() INSTRUMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA					
	NUMAE	() QUEIXA TÉCNICA					
Pregão		Item		Código	177445	Arq.	B.13
Material	BOLSA PARA OSTOMIA INTESTINAL (SISTEMA 2 PEÇAS) COM FLANGE DE NO MÁXIMO 70MM			Amostra Registro			
Nome Comercial							
Marca				MOD./REF.			
RMS		Venc.		C.A.		Venc.	
Fabricante				CNPJ			
Importador				Fabricação			
Lote				Validade			
Empresa Proponente							
Local de Teste							
Quantidade testada				Data			

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO NÚCLEO MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (NUMAEn)			
Apresenta RMS classe 1 (baixo risco)?		☐ Sim	☐ Não Por quê? _____
Considerações: _____			

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA ÁREA TÉCNICA
--

EMBALAGEM:			
Resistente e segura?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Apresenta área de apoio adequado para abertura da embalagem?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Isenta de resíduos e impurezas?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Contém identificação do produto, lote, data de fabricação e validade de fácil visualização?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
FLANGE:			
Apresenta flange de no máximo 70 mm?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Apresenta adaptação segura e adequada à placa de urostomia?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Material resistente e de fácil manuseio?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
BOLSA:			
Composição em plástico transparente, incolor, maleável, macia e à prova de odores?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Proteção externa é maleável e macia, proporcionando conforto ao entrar em contato com a pele?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Apresenta praticidade na higienização?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Apresenta clamp para vedação, individual, seguro, sem permitir vazamentos, e de fácil manuseio?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
FILTRO DE CARVÃO ATIVADO:			
Com proteção externa na face de contato com a pele?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Realiza a neutralização dos odores de forma eficaz?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Propicia a saída dos gases da bolsa de maneira satisfatória?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
TODO MATERIAL:			
É atóxico, isento de irritantes dérmicos, resíduos e impurezas?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Propicia conforto e segurança ao paciente durante a utilização?	☐ Sim	☐ Não	Por quê? _____
Outras observações: _____			

PARECER FINAL	☐ FAVORÁVEL	☐ DESFAVORÁVEL
Data do parecer: ____/____/____	Assinaturas _____	