

	UFSC/HU/DE	() INSTRUMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA				
	NUMAE	() QUEIXA TÉCNICA				
Pregão		Item		Código	161625	Arq. L.10
Material	LANCETA PARA COLETA DE SANGUE CAPILAR USO ADULTO			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 PELA ÁREA TÉCNICA

EMBALAGEM:

Resistente, segura e com indicação de produto estéril?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Fácil abertura manual?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
ISENTA de resíduos e impurezas?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Identificação do produto, lote, data de fabricação e validade de fácil visualização?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Embalagem com 100 a 200 peças?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?

LANCETA:

Possui calibre de 21 G a 28 G, com 1,5 mm a 2,0 mm de penetração?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
A agulha é de aço siliconizada, com ponta afiada, trifacetada?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Proporciona penetração suave e sem trauma?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
A pressão exercida no local da perfuração é suficiente para não causar traumas?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
A quantidade de sangue na gota gerada é suficiente para a realização do teste?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
O local puncionado se mostrou livre de sangramento/hematoma, isento de dor após a coleta?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?

DISPOSITIVO DE DISPARO E MECANISMO DE SEGURANÇA:

Agulha apresenta retração automática?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Agulha permanece retida após a retração?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
<i>Clic</i> audível após o travamento?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Mecanismo de segurança é acionado unimanualmente?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?

MATERIAL:

Resistente e seguro?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
De fácil manuseio?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?

Outras observações: _____

PARECER FINAL	<input type="checkbox"/> FAVORÁVEL	<input type="checkbox"/> DESFAVORÁVEL
Data do parecer: ____/____/____	Assinaturas _____	