

	UFSC/HU/DE	() INSTRUMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA					
	NUMAE	() QUEIXA TÉCNICA					
Pregão		Item		Código	164501	Arq.	B.16
Material	BOLSA PARA UROSTOMIA (SISTEMA 2 PEÇAS) COM FLANGE DE NO MÁXIMO 57MM, ADAPTÁVEL À PLACA DE UROSTOMIA			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)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
Considerações:	_____

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA ÁREA TÉCNICA	
EMBALAGEM:	
Resistente e segura com indicação de produto estéril?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
Apresenta área de apoio adequado para abertura e transferência asséptica da embalagem?	<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? _____
Contém identificação do produto, lote, data de fabricação e validade de fácil visualização?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
BOLSA:	
Composição em plástico transparente, incolor, maleável, macia e à prova de odores?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
Proteção externa é maleável, macia, proporcionando conforto ao entrar em contato com a pele?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
Apresenta válvula anti-refluxo segura?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
Sistema de escoamento e tampa protetora fixa à bolsa de vedação segura e fácil manuseio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
FLANGE:	
Flange propicia ajuste seguro à placa (do código 164503), sem vazamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
Propicia fácil manuseio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
TODO MATERIAL:	
É atóxico, isento de irritantes dérmicos, resíduos e impurezas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____
Propicia conforto e segurança ao paciente durante a utilização?	<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	_____