



PARECER TÉCNICO

MATERIAL PADRONIZADO/GEVIM: AGULHA TAMANHO: _____

LOTE: _____ NÚMERO REGISTRO NO MS: _____

NOME COMERCIAL: _____

FABRICANTE: _____

UNIDADE DE SAÚDE QUE FEZ O TESTE: _____

MUNICÍPIO: _____

QUANTIDADE TESTADA: _____ DATA (ou período) : ____/____/____

AVALIAÇÃO DO MATERIAL

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA ÁREA TÉCNICA
(Enfermeiros, técnicos, auxiliares e médicos que estejam testando o produto)

1. Embalagem:

1.1 Proporciona abertura asséptica (sem risco de contaminação) () Sim () Não
Por que Não?.....

1.2 Presença de resíduos e impurezas? () Sim () Não Se sim, que tipo?.....

1.3 Manuseio Fácil: () Sim () Não Por que não?

2. Cânula e Bisel:

2.1 Penetração Suave? () Sim () Não Por que não?.....

2.2 Deslize Suave? () Sim () Não Por que não?

2.3 Segurança Cânula e Canhão (colagem): () Segura () Não Segura
Por que não?

3. Canhão:

3.1 Permite perfeito acoplamento à seringa? () Sim () Não
Por que não?

3.2 Adaptação segura? () Sim () Não Por que não?.....

4. Tampa Protetora:

4.1 Possui Tampa Protetora? () Sim () Não

4.2 A Tampa Protetora se ajusta perfeitamente à agulha? () Sim () Não
Por que não?

Parecer Final: DATA: ____/____/____

() FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL

Assinaturas e Nº de Registro no Conselho Regional:

Ass. Nº

Ass. Nº