



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO
COMISSÃO PERMANENTE DE PADRONIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES
FICHA DE AVALIAÇÃO TÉCNICA PARA FIOS DE SUTURA ANEXO D

Data da solicitação do parecer : ____ / ____ / ____

ATA/PREGÃO:	ITEM:
PROCESSO Nº: 23079.	SM Nº:
CÓDIGO MEDTRACK:	CÓDIGO SIASG:
ESPECIFICAÇÃO NO EDITAL:	
ESPECIFICAÇÃO DO ITEM ATENDE: () SIM () NÃO OBS:	
MARCA OFERTADA:	
REGISTRO ANVISA:	LOTE: VALIDADE:
O PRODUTO POSSUI HISTÓRICO DE NOTIFICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE NA ANVISA?	() Sim () Não Se sim, relate:
NECESSITA DE AMOSTRA?	() Sim () Não QUANTIDADE DE AMOSTRAS:
MATERIAL AVALIADO POR:	() Catálogo () Amostra () Histórico de uso
Enviado p/Setor / Ramal /Data:	

AVALIAÇÕES TÉCNICAS:

Quanto à embalagem

	SIM	NÃO
1. Possui nome e endereço do fabricante?		
2. Possui data de fabricação, lote e validade do produto?		
3. Possui a inscrição: " produto de uso único "?		
4. Possui informação sobre o modo de esterilização?		
5. Possui registro no MS/ ANVISA?		
6. Possui instruções de uso?		
7. Está acondicionado em embalagem fechada?		
8. A embalagem garante o correto acondicionamento do produto, visando prevenir quebras, contaminação e perdas?		

OBS.: _____

9. Quanto à abertura da embalagem?
10. Quanto à exposição dos itens na embalagem?
11. Quanto à especificação do produto?
12. Outras observações sobre a embalagem: _____

BOA	REGULAR	RUIM

Quanto à características específicas do fio de sutura:

13. Referente à AGULHA :	Não conforme	Parcialmente conforme	Conforme	Não se aplica
13.1. Tamanho				
13.2. Afição				
13.3. Penetração no tecido				
13.4. Curvatura				
13.5. Resistência ao dobramento				
13.6. Estabilidade no Porta-Agulhas				
13.7. Compatibilidade de diâmetro fio-agulha				



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO
COMISSÃO PERMANENTE DE PADRONIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES
FICHA DE AVALIAÇÃO TÉCNICA PARA FIOS DE SUTURA ANEXO D

14. Referente ao FIO :	Não conforme	Parcialmente conforme	Conforme	Não se aplica
14.1. Passagem através dos tecidos				
14.2. Flexibilidade				
14.3. Comprimento				
14.4. Resistência à ruptura				
14.5. Corrida do nó				
14.6. Fixação do nó				

15. Durante o manuseio do produto, houve identificação de irregularidades? Qual?

SIM	NÃO

14. Durante o procedimento, ocorreu algum tipo de efeito indesejável do produto? Qual?

SIM	NÃO

15. O produto condiz com o esperado? Se NÃO, por que?

SIM	NÃO

Quanto ao teste:

16. O produto causou algum dano ao paciente? Qual?

SIM	NÃO

17. Para o uso, foi necessário alguma técnica e/ou treinamento especial? Qual?

SIM	NÃO

18. Quantas unidades foram necessárias para realizar o procedimento? _____ unidades

19. Quanto tempo foi gasto para realizar o procedimento? ____h ____min

20. Qual o procedimento realizado? _____

Após a avaliação do produto você detectou:

Pontos Positivos: _____

Pontos negativos: _____

Conclusão do teste realizado () APROVADO

() REPROVADO

Justificativa: _____

Data: ____/____/____

Responsável pela avaliação (assinatura e carimbo)

PARECER FINAL DA COMISSÃO: () PADRONIZADO () NÃO PADRONIZADO

Justificativa: _____

Data: ____/____/____

Responsável pela avaliação (assinatura e carimbo)
Responsável (assinatura e carimbo)