



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 DE MATERIAIS

Data da solicitação do parecer: / /20 Dúvidas: Ramal 2205 copem@hucff.ufrj.br

**Considere:**

**BOM:** o item contemplou os critérios de avaliação e possui as qualidades próprias à sua natureza e função;

**REGULAR:** houve alteração identificada, mas que não prejudica a qualidade e a função do produto;

**RUIIM:** houve identificação de alguma irregularidade que torne o produto inapropriado ao uso proposto.

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

#### 1. QUANTO À EMBALAGEM

	Sim	Não	Não se aplica
Possui nome e endereço do fabricante?			
Possui data de fabricação, lote e validade do produto?			
Possui a inscrição: " <b>produto de uso único</b> "?			



Possui informação sobre o modo de esterilização?			
Possui registro legível MS/ ANVISA?			
Possui instruções de uso?			
Está acondicionado em embalagem fechada?			
A embalagem garante o correto acondicionamento do produto?			
O produto <b>deve</b> ser estéril?			

**Quanto à abertura da embalagem:**

Obs:	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>	<b>Não se aplica</b>

**Quanto à exposição dos itens da embalagem:**

Obs:	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>	<b>Não se aplica</b>

**Outras observações sobre a embalagem:**

Há informações de referências de valores de normalidade descritas na ABNT? ( ) Sim ( ) Não

**2. QUANTO AO MANUSEIO DO MATERIAL**

Durante o manuseio do produto, foi observada alguma irregularidade? Qual?

Obs:	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>

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

Obs:	<b>Sim</b>	<b>Ruim</b>	<b>Não se aplica</b>

O produto condiz com o esperado? Se NÃO, por quê?

Obs:	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>



Universidade Federal do Rio de Janeiro

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Comissão Permanente de Padronização e Qualificação de Equipamentos e Materiais

Hospitalares

### **3. QUANTO AO TESTE DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL**

O produto causou algum dano ao paciente? Qual?

Obs:	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>

Para o uso, foi necessária alguma técnica e/ou treinamento especial? Qual?

Obs:	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>

Quantas unidades foram necessárias para realizar o procedimento? \_\_\_\_\_ unidades

Quanto tempo foi gasto para realizar o procedimento? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

### **4. APÓS A AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU**

Pontos Positivos: \_\_\_\_\_

---

---

---

Pontos Negativos: \_\_\_\_\_

---

---

#### **CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO PELO PARECERISTA:**

**APROVADO**

**REPROVADO**

Justificativa:

---

---

---

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSINATURA / CARIMBO

**PARECER FINAL DA COMISSÃO:**

**APROVADO**

**REPROVADO**

---

---



Universidade Federal do Rio de Janeiro

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Comissão Permanente de Padronização e Qualificação de Equipamentos e Materiais

Hospitalares

---

Data: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

Responsável (assinatura e carimbo)

---