



FICHA DE PARECER TÉCNICO – BOMBA INFUSORA

Para: _____ Setor: _____ Data: ____ / ____ / ____

SOLICITAÇÃO DE PARECER TÉCNICO DO MATERIAL EM QUESTÃO

- **Consideração:** para a avaliação do material, considerar os requisitos básicos mencionados na folha em anexo e as especificidades de cada material listados no Manual de Orientação para Avaliação de Materiais, para a emissão do Parecer Técnico.
- **Objetivo:** utilizar o Parecer Técnico emitido pelo profissional para a conclusão de escolha, do produto que melhor atende as nossas necessidades, a ser adquirido através de Pregão.

OBS.: FAVOR NÃO DEIXAR DE PREENCHER NENHUM CAMPO, PARA QUE ESTA AVALIAÇÃO NÃO PERCA A FIDEDIGNIDADE.

MATERIAL TESTADO:	MARCA/FORNECEDOR:	QUANTIDADE FORNECIDA:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PREGÃO N° _____ ITEM N° _____

N° DE LOTE _____ N° DE REGISTRO/ANVISA _____

ITENS PARA AVALIAÇÃO

1. A quantidade de material oferecida para teste foi suficiente?
() sim () não

Obs.: _____

2. O equipo utilizado atende aos critérios de qualidade definidos pela Instituição e normas técnicas da ANVISA? Considerar: Embalagem, qualidade do material e efetividade de uso
() sim () não

Justifique: _____

3. Quanto à bomba infusora:

- a) É de fácil manuseio?
() sim () não

Justifique: _____



b) O seu tamanho é adequado em relação ao espaço físico existente?

sim não

Justifique: _____

c) A programação de infusão se manteve constante durante o período?

sim não

Justifique: _____

d) O alarme possui boa sonorização e visualização?

sim não

Justifique: _____

e) É de fácil transporte?

sim não

Justifique: _____

4. Durante o procedimento com o material ocorreu algum tipo de efeito indesejável?

sim não

Qual? _____

APÓS AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU:

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____



CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO

() APROVADO

() REPROVADO

Justificativa: _____

Responsável pela avaliação (nome, categoria e carimbo)

PARECER FINAL DA COMISSÃO: _____

Responsável pela validação (nome, categoria e carimbo)

CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS DURANTE A AVALIAÇÃO DO PRODUTO

- ✓ O fornecedor deverá se apresentar o número de amostra suficiente para a realização do teste.
- ✓ Os requisitos a serem avaliados durante o teste em uso, devem estar de acordo com os padrões técnicos de tratamento para os pacientes do HUAP.
- ✓ Verificação da embalagem:
 - Deve possuir nome e endereço do fabricante.
 - Deve possuir data de fabricação, lote e validade do produto.
 - Deve possuir inscrição “produto de uso único”.
 - Deve possuir informação do modo de esterilização.
 - Deve possuir número de registro no MS/ANVISA.
 - Deve possuir instruções de uso.
 - O produto deve estar acondicionado em embalagem fechada, de forma a prevenir contaminação, quebra, efeitos de choque e vibrações, que possam ocorrer nas condições normais de uso e guarda, numa temperatura ambiente em torno de 20° a 30°C.
- Verificar se o produto apresenta todas as características solicitadas no Edital.
- Produto deve apresentar 100% de segurança para o procedimento técnico.



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO

Hospital Universitário
Antônio Pedro

COMISSÃO PERMANENTE DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO - HOSPITALAR