

		MATERIAL / MEDICAMENTO - TESTE		Versão 02	
IDENTIFICAÇÃO					
Paciente:			Etiqueta		
Data de Nasc.: ____/____/____		Leito:			
Setor:		Convênio:			
Indicação de Uso:					
Descrição do Material ou Medicamento					
Nome do Produto:					
Período do Teste: ____/____/____ até ____/____/____					
Lote:		Quantidade:		Fabricante:	
Fornecedor:					
Medicamento					
Dosagem:		Tipo: () Ampola () Comprimido () Frasco, outros: _____			
Avaliação Específica					
A quantidade de material fornecida para teste foi suficiente?					
Procedimento realizado no teste do material.					
Avaliação da Embalagem: a) Quanto a abertura? () Boa () Regular () Ruim b) Fácil visualização de lote e validade? () Sim () Não c) Instrução do uso atende a utilização? () Sim () Não d) Fácil armazenamento? () Sim () Não Avaliação do Produto: a) Produto necessita de treinamento? () Sim () Não b) Apresentou não conformidade? () Sim () Não c) Produto descartável? () Sim () Não () Não se Aplica d) Produto reprocessável? () Sim () Não () Não se Aplica					
Responda abaixo					
Pontos Positivos:					
Pontos Negativos:					
Faturamento e Compras					
Preço de Venda: R\$			Convênio aceita? () Sim () Não, motivo:		
Código da ANVISA (Material):					
Setor de Compras - Preço de Compra: R\$					
Avaliação Final					
Produto Aprovado: () Sim () Não					
Responsável pelo Teste: Assinatura e Carimbo					