



FORMATO DE EVALUACIÓN

VERSIÓN: 1

FECHA: 01 DE
SEPTIEMBRE DE 2015

CODIGO: FM-PM2-14

Página 1 de 1

FECHA:	
INSTITUCION:	
MÉDICO:	
INSTRUMENTADORA:	

1. Producto a evaluar:

Detalle del producto (<i>línea, referencia, serial y lote</i>):	Pegue etiqueta (<i>sticker</i>) del producto:

2. Considera adecuada la presentación del producto y considera que cumple con los parámetros y estándares de calidad requeridos:

SI: NO:

Comentarios y Observaciones:

3. La información y las partes incluidas dentro del producto son completas y claras para el uso seguro del mismo:

SI: NO:

Comentarios y Observaciones:

4. El comportamiento del producto dentro del procedimiento quirúrgico es adecuado y cumple con las expectativas:

SI: NO:

Comentarios y Observaciones:

5. Consideraría este producto dentro de sus opciones quirúrgicas para una futura compra:

SI: NO:

Comentarios y Observaciones:

6. Recomendaría el producto para ser utilizado por otros médicos en sus procedimientos quirúrgicos:

SI: NO:

Comentarios y Observaciones:

Otros Comentarios y Recomendaciones:

Firma Médico:

Fecha:
