

ANKIETA PROFESJONALNEJ OCENY PRODUKTU

**Dla podnoszenia jakości i funkcjonalności naszych wyrobów prosimy o dokonanie
oceny testowanego przez Państwa sprzętu i jego skuteczności:**

model używanego materaca

- 10 30 250 250
 300 350 Alfabet 400 450
 500 550 800 850
 88-15 88-20 88-25
 888-15 888-20 888-25

poduszka Ala Ola

Nr seryjny: _____

model używanej pompy

- Tania Supra Lux
 Alfa Beta Gamma
 Dyna DynaBest Ela
 Aga Ada EwaTFT
 Ola

system rotacyjny

Nr seryjny: _____

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. K., masa ciała _____ kg, wzrost _____ cm, wiek _____ l.

Odległyna: NRRO* WRRO* I^o II^o III^o IV^o,

(*NRRO = brak odległyny, niskie ryzyko rozwoju, WRRO = brak odległyny, wysokie ryzyko rozwoju).

Ustawienia pracy materaca: < 25mmHg 25-35mmHg > 35mmHg tr. statyczny tr. przemienny

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta _____ dni.

Wyniki oceny**1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odległyn:**

stan odległyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: bez zmian pogorszył się poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odległyn:

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac

- bardzo dobra
 dobra
 dostateczna
 słaba
 niedostateczna

Pompa

- bardzo dobra
 dobra
 dostateczna
 słaba
 niedostateczna

Pokrowiec

- bardzo dobra
 dobra
 dostateczna
 słaba
 niedostateczna

Łatwoślizg (opcja)

- bardzo dobra
 dobra
 dostateczna
 słaba
 niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
<input type="checkbox"/> bardzo dobra	<input type="checkbox"/> bardzo dobra	<input type="checkbox"/> bardzo dobra	<input type="checkbox"/> bardzo dobra
<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> dobra
<input type="checkbox"/> dostateczna	<input type="checkbox"/> dostateczna	<input type="checkbox"/> dostateczna	<input type="checkbox"/> dostateczna
<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> słaba
<input type="checkbox"/> niedostateczna	<input type="checkbox"/> niedostateczna	<input type="checkbox"/> niedostateczna	<input type="checkbox"/> niedostateczna

Uzasadnienie: _____

4. Ocena czytelności (funkcjonalności) oznaczeń na wyrobie i jakości opakowania:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
<input type="checkbox"/> bardzo dobra	<input type="checkbox"/> bardzo dobra	<input type="checkbox"/> bardzo dobra	<input type="checkbox"/> bardzo dobra
<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> dobra
<input type="checkbox"/> dostateczna	<input type="checkbox"/> dostateczna	<input type="checkbox"/> dostateczna	<input type="checkbox"/> dostateczna
<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> słaba
<input type="checkbox"/> niedostateczna	<input type="checkbox"/> niedostateczna	<input type="checkbox"/> niedostateczna	<input type="checkbox"/> niedostateczna

Uzasadnienie: _____

5. Ocena dostępności kontaktu**z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.**
 bardzo dobra
 dobra
 dostateczna
 słaba
 niedostateczna
Rozpoznawalność marki firmy:
 bardzo dobra
 dobra
 dostateczna
 słaba
 niedostateczna

Uzasadnienie: _____

6. Czy w czasie użytkowania wyrobu pojawiły się cechy niepożądane lub uboczne:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA Tak Nie

Nazwa klienta (instytucji): _____

Imię, Nazwisko, wypełniającego: _____

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: _____

Data wypełnienia ankiety: _____

Podpis: _____

Pieczęć: _____