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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☒ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888
Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☒ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola
Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M.☒ K. ☐, masa ciała 100 kg, wzrost 180 cm, wiek 55 l.
Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☒ IV° ☐ V° ☐ ,
(*NRRO = brak odleżyny, niskie ryzyko rozwoju, WRRO = brak odleżyny, wysokie ryzyko rozwoju).
Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☒ Przemienny ☐
Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 3 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.
TRUDNO OCENIĆ SKUTECZNOŚĆ MATERACA W STOSUNKU DO WST WCZEŚNIEJ ODLEŻYNY GDYŻ ZASTOSOWANO RÓWNOCZEŚNIE OPATRUNKI SPECJALISTYCZNE.
STAN ODLEŻYNY ULEGŁ POPRAWIE

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie
:.
.....
.....
.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW – KRAKÓW

Imię, Nazwisko, wypełniającego: KINGA WĄŻ

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA

Data wypełnienia ankiety: 11.04.2016r

Podpis: .....

Pieczęć

SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW
św. Jana Grandego w Krakowie Sp. z o.o.
Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i IT
mgr Kinga Wąż

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☒ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola

☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet

☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny: FL 1702000935

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux

☐ Dyna ☒ DynaBest

☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: P1411200900

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 103 kg, wzrost ..... cm, wiek 17 l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I⁰ ☐ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰ ☐ V⁰ ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 2 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny: dziecko (pacjent) bl odleżyny w czasie hospitalizacji

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

materac spełnia oczekiwane funkcje

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

☒ bardzo dobra
☐ dobra
☐ dostateczna
☐ słaba
☐ niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

☒ bardzo dobra
☐ dobra
☐ dostateczna

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): WSOZ; Oddział Chirurgii i Ortopedii

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Iwona Kiljan

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: p.o. Pielęgniarki Oddziałowej

Data wypełnienia ankiety: 4.07.2016 r.

Podpis: Kiljan

Pieczęć

p.o. Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Chirurgii i Ortopedii
mgr Iwona Kiljan

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☒ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M ☒ K. ☐, masa ciała 120 kg, wzrost 178 cm, wiek 48 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☒ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 26 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Pacjent bez odleżyn

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SPS ZOZ Lębork

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Anna Musianowicz

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddz.

Data wypełnienia ankiety: 18.07.2016

Podpis: .....

Pieczęć

3401692P Pielęgniarka Oddziałowa
Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
mgr Anna Musianowicz

DZIĘKUJEMY - REVITA

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
84-300 LĘBORK, ul Węgrzynowicza 13
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
tel 59/ 86 35 255 REGON 770901505
IDENTYFIKATOR 770901505-001

Lębork, dnia 10.06.2016

OPINIA PRODUKTU
dotycząca materaca p/odleżynowego DynaBest 800

Z dniem 28.04.2016 roku otrzymaliśmy na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Lęborku do oceny testowej materac p/odleżynowym DynaBest 800. Użytkowany produkt został wykorzystany dla trzech pacjentów (pierwszy pacjent to kobieta lat 84 z wagą około 120 kg , drugi pacjent to mężczyzna lat 61 z wagą około 90 kg, trzeci pacjent – mężczyzna lat 58 z urazem wielonarządowym, z licznymi złamaniami żeber, złamaniem kręgosłupa i złamaniem obojczyków). U żadnego z wyżej wymienionych pacjentów w trakcie użytkowania materaca DynaBest 800 nie doszło do pojawienia się odleżyn, stan skóry pozostał bez zastrzeżeń. Jakość i funkcjonalność powyższego produktu oceniana jest w skali od 1 – 5 na 5 pkt. Dostępność kontaktu z pracownikiem firmy oraz jakość obsługi i kompetencje oceniam na 5 pkt. Również czytelność oznaczeń na pompie oceniam na 5 pkt.

Z pełną świadomością i ogromnym zadowoleniem rodzin pacjentów użytkujących powyższy materac p/odleżynowym rekomenduję i polecam wytwórcę produktu.

3401692P Pielęgniarka Oddziałowa
Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
mgr Anna Musianowicz

LEKARZ KIERUJĄCY
Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Edyta Kamieniecka
specjalista anestezjologii
i intensywnej terapii

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☒ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M.☐ K.☒, masa ciała 68 kg, wzrost 162 cm, wiek 99 l.

Odleżyna: NRRO*☐ WRRO*☐ I°☐ II°☒ III°☐ IV°☐ V°☐ ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg☐ 25-35mmHg☐ > 35mmHg☐ Statyczny☐ Przemienny☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian☒ pogorszył się☐ poprawił się☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....
.....
.....
.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....
.....
.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Szpital Miejski w Miastku Sp. z o.o.
Oddział Chorób Wewnętrznych
77-200 Miastko; ul. Gen. J. Wybickiego 30
tel. 59 857 09 40,45,43 fax. 59 857 09 43
NIP 8421770610; Regon 222007697
KRS 0000264756, VII-001, VII-001, VIII-4000

Nazwa klienta (instytucji): .....

Imię, Nazwisko, wypełniającego: DOMICELA MARASZKIEWICZ

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: PIELĘGNIARKA

Data wypełnienia ankiety: 18.07.2016

Podpis: Domicela Maraszkiewicz
pielęgniarka dyplomowana
Położna
3400619

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☒ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M ☒ K. ☐, masa ciała 120 kg, wzrost 178 cm, wiek 48 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☒ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 26 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Pacjent bez odleżyn

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SPS ZOZ Lębork

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Anna Musianowicz

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddz.

Data wypełnienia ankiety: 18.07.2016

Podpis: .....

Pieczęć

3401692P Pielęgniarka Oddziałowa
Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
mgr Anna Musianowicz

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☒ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M.☒ K. ☐, masa ciała.75.....kg, wzrost 170.....cm, wiek 64 l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐ ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☒ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie	[ ] Tak [ ] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[ ] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Mirosława Zwarycz

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Klinika Chir. Ogól. i Naczyń

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddz.

Data wypełnienia ankiety: .....

Podpis: 25.07.2019

Pieczęć

2809005 P
mgr Mirosława Zwarycz
PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Specj. w Pielęgniarstwie Chirurgicznym

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☒ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M.☒ K. ☐, masa ciała.75.....kg, wzrost 170.....cm, wiek 64 l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐ ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☒ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie	[ ] Tak [ ] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[ ] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Mirosława Zwarycz

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Klinika Chir. Ogól. i Naczyń

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddz.

Data wypełnienia ankiety: .....

Podpis: 25.07.2019

Pieczęć

2809005 P
mgr Mirosława Zwarycz
PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Specj. w Pielęgniarstwie Chirurgicznym

DZIĘKUJEMY - REVITA

Szpital Kliniczny Przemienienia Bańskiego
(473) UM w Poznaniu
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
NIP: 778-13-43-588 REGON: 000288828
Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyń
z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej i Naczyń „C"
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel. 61 854 92 75
000000018562-01-160

Poznań 25.07.2016r

Testowany materac p/odleżynowy model 500 w pełni spełnia wymogi użytkownika. Daje komfort leżenia, pomaga zapobiegać powstawaniu odleżyn.

2809005 P
mgr Mirosława Zwarycz
PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Specj. w Pielęgniarstwie Chirurgicznym

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☒ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☒ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M.☐ K. ☒, masa ciała...60...kg, wzrost ..160..cm, wiek ..70..l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐ ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☒ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta ..14.. dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): oddz. kardiochirurgii pooperacyjnej

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Alina Dąbowska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: z-ca piel. oddziałowej

Data wypełnienia ankiety: 25.07.16

Podpis: Alina Dąbowska

Z-ca Piel. Oddziałowej
Oddz. Kardiochirurgii-Pododdział Pooperacyjny
Alina Dąbowska

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☒ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☒ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M.☐ K. ☒, masa ciała...60...kg, wzrost ..160..cm, wiek ..70..l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐ ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☒ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta ..14.. dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): oddz. kardiochirurgii pooperacyjnej

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Alina Dąbowska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: z-ca piel. oddziałowej

Data wypełnienia ankiety: 25.07.16

Podpis: Alina Dąbowska

Z-ca Piel. Oddziałowej
Oddz. Kardiochirurgii-Pododdział Pooperacyjny
Alina Dąbowska

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☒ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☒ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☐ K. ☒, masa ciała 170 kg, wzrost 178 cm, wiek 43 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 90 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Chora bez odleżyny, z zaczerwienieniami w częściach otyłych

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

Pacjentka leżąca, ważąca 170 kg, niechętna do współpracy, do rehabilitacji i do zmiany pozycji ciała w łóżku (z pomocą personelu); długo hospitalizowana, opuściła oddział bez odleżyn.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

..... brak .....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Oddział Internistyczny - Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie

Imię, Nazwisko, wypełniającego: E. Lewicka

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 02. XII. 2016

Podpis: .....

Pieczęć: PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA Oddziału Internistycznego Elwira Uwiewicz spec. pielęgniarstwa zachowawczego 4000627 P

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☒ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☐ K. ☒, masa ciała 76 kg, wzrost 167 cm, wiek 83 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☒ III^0 ☐ IV^0 ☐ V^0 ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Odleżyna nie powiększyła się

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

Pacjentka leżąca, w utrudnionym kontakcie słownym, z bardzo ograniczoną możliwością poruszenia się. Zdjęcia pozycji ciała jedynie z pomocą personelu.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- ☒ bardzo dobra
- ☐ dobra
- ☐ dostateczna
- ☐ słaba
- ☐ niedostateczna

Uzasadnienie:..

Rozpoznawalność marki firmy:

- ☒ bardzo dobra
- ☐ dobra
- ☐ dostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

brak

.....

☐ Tak ☐ Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Szpital Powiatowy Dzierżoniów, oddz. internistyczny

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Elwira Lisiewicz

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 02.XII.2016r.

Podpis: .....

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Oddziału Internistycznego
Elwira Uwsiewicz
spec. piel. zachowawczego
4000627 P

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☒ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☐ K. ☒, masa ciała 58 kg, wzrost 164 cm, wiek 63 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I⁰ ☒ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰ ☐ V⁰ ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 6 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Odleżyna I powstała przed hospitalizacją, w jej trakcie nie uległa regresji

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

skuteczny w działaniu, optymalnie spełnia swoją funkcję i łatwy do dezynfekcji i utrzymanie w czystości

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] ..

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Szpital Powiatowy Dzierżoniów, oddz. internistyczny

Imię, Nazwisko, wypełniającego: E. Mirsiewicz

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 02.XII.2016r

Podpis: .....

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Oddziału Internistycznego
Elwira Uwiewicz
spec. pielęgniarstwa zachowawczego
4000627 P

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☒ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 82 kg, wzrost 172 cm, wiek 83 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I⁰ ☒ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰ ☐ V⁰ ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 8 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Odleżyna I, z którą pacjent został przyjęty nie uległa regresji w trakcie hospitalizacji

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

skuteczny w odciążaniu, optymalnie spełnia swoją funkcję, łatwy do dezynfekcji i utrzymania w czystości

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

☒ bardzo dobra
☐ dobra
☐ dostateczna
☐ słaba
☐ niedostateczna

Uzasadnienie:..

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

☒ bardzo dobra
☐ dobra
☐ dostateczna

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Szpital Powiatowy Oddział Wewnętrzny

Imię, Nazwisko, wypełniającego: E. Wróbel

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☒ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: P1602004344

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 97 kg, wzrost 170 cm, wiek 67 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☒ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☒ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 17 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☒

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.
U pacjenta odleżyna II° - zastosowano materac tr. dnia wypisu odleżyna prawie zagojona

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie
Materac spełnił oczekiwania personelu i pacjenta, odleżyna ulegia poprawie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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
☒ słabe

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

..... brak .....

.....

☒ Tak ☐ Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): NZOZ Szpital Powiatowy Drezdenko oddział chirurgiczny

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Renata Olechowska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 05.12.2016.

Podpis: R. Oleśnicka

Pieczęć

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Oddziału Chirurgicznego
Renata Oleśnicka
spec. piel. chirurgicznego, spec. org. i zarządzania
4000223 P

NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o.
58-200 Dzierżoniów, ul. Cicha 1
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY
tel. 74 834 41 58 (2)
NIP 882-205-23-81, Regon 020680960
Ks. rej. 000000022004 kod VII-002 kod VIII-4500
03/1/3202112/01/2016/01

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☒ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: P.16.22.00434

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☐ K. ☒, masa ciała...90...kg, wzrost ...160...cm, wiek ...72...l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta ...11... dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.
Pacjentka bez odleżyny leżące

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie
Materac zastosowano profilaktycznie pacjentce leżącej bez odleżyn. Materac spełnił oczekiwanie personelu.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.	Rozpoznawalność marki firmy:
[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[X] słaba
[ ] niedostateczna	

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

brak

.....

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): N ZOZ Szpital Powiatowy Drezdenów oddział chirurgiczny

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Renata Olechowska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 05.12.2016

Podpis: R. Olechowska

Pieczęć

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Oddziału Chirurgicznego
Renata Olechowska
spec. piel. chirurgicznego, spec. org. i zarządzania
4000223 P

NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o.
58-200 Dzierżoniów ul. Cicha 1
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY
tel. 74 834 41 58 (2)
NIP 882-205-23-81, Regon 020680960
Ks. rej. 000000022004 kod VII-002 kod VIII-4500
03/1/3202112/01/2016/01

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☒ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: P 1412 00854

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 82 kg, wzrost 175 cm, wiek 64 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☒ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☒ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 5 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.
Odleżyna nie uległa ani pogorszeniu, ani poprawie

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie
Materac spełnia oczekiwanie personelu ob profilaktyki odleżyn.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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
☒ słabe

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....brak.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): NZOZ Szpital Powiatowy Duszniki Zdrój Oddział Chirurgiczny

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Renata Olchawska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 05.12.2016

Podpis: .....

Pieczęć

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Oddziału Chirurgicznego
Renata Olszowska
spec. piel. chirurgicznego, spec. org. i zarządzania
4000223 P

NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o.
58-200 Dzierżoniów, ul. Cicha 1
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY
tel. 74 834 41 58 (2)
NIP 882-205-23-81, Regon 020680960
Ks. rej. 0000002204 kod VII-002 kod VIII-4500
03/1[illegible]2/01/2016/01

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☒ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☐ K. ☒, masa ciała 76 kg, wzrost 160 cm, wiek 81 l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☒ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 8 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

brak odleżyny

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

Pompa i materac spełniają oczekiwania personelu i pacjenta. Materac zastosowany był profilaktycznie. Nie doszło do odleżyny.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] 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
- [X] słabe

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

brak

.....

[X] **Tak** [ ] **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): NZOZ Szpital Powiatowy Dzierżoniów Oddział Chirurgiczny

Imię, Nazwisko, wypełniającego: R. Olechowska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 05.12.16

Podpis: R Oleksiak

Pieczęć

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Oddziału Chirurgicznego
Renata Oleksiak
spec. piel. chirurgicznego, spec. org. i zarządzania
4000223 P

NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o.
58-200 Dzierżoniów, ul. Cicha 1
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY
tel. 74 834 41 58 (2)
NIP 882-205-23-81 Regon 020660960
Ks. rej. 0000002260 kod VII-002 kod VIII-4500
03/1/320/2112/01/2016/01

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

250	300	350	400	Ola
500	550	800	Alfabet	
850	88-15	88-20	88-25	888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

Tania	Supra	Lux
Dyna	DynaBest	
Aga	Ada	Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. K. , masa ciała....90..kg, wzrost 180...cm, wiek 43 l.

Odleżyna: NRRO* WRRO* I° II° III° IV° V°,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg 25-35mmHg > 35mmHg Statyczny Przemienny

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 12.. dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian pogorszył się poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Pacjent z bardzo wysokim ryzykiem wystąpienia odleżyn, jednak w trakcie pobytu nie powstały

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie

Brak odleżyn u wyżej chorych pacjentów stanowi najlepszą ocenę

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra

dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:

Brak odleżyn u pacjenta

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:

Wszystko oznaczone w sposób prosty i czytelny

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)
Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

Przy zmianie pozycji pacjenta, materac trzeszczy

Tak Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): PCZ KARTUZY O AV II

Imię, Nazwisko, wypełniającego: MARIA FORMELA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: ODDZIAŁOWA O AV II

Data wypełnienia ankiety: 28.02.2017

Podpis: Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Pieczęć

Maria Formela

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

250	300	350	400	Ola
500	550	800	Alfabet	
850	88-15	88-20	88-25	888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

Tania	Supra	Lux
Dyna	DynaBest	
Aga	Ada	Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. K. , masa ciała....90..kg, wzrost 180...cm, wiek 43 l.

Odleżyna: NRRO* WRRO* I° II° III° IV° V°,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg 25-35mmHg > 35mmHg Statyczny Przemienny

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 12.. dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian pogorszył się poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Pacjent z bardzo wysokim ryzykiem wystąpienia odleżyn, jednak w trakcie pobytu nie powstały

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie

Brak odleżyn u wyżej chorych pacjentów stanowi najlepszą ocenę

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra

dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:

Brak odleżyn u pacjenta

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:

Wszystko oznaczone w sposób prosty i czytelny

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)
Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

Przy zmianie pozycji pacjenta, materac trzeszczy

Tak Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): PCZ KARTUZY O AV II

Imię, Nazwisko, wypełniającego: MARIA FORMELA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: ODDZIAŁOWA O AV II

Data wypełnienia ankiety: 28.02.2017

Podpis: Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Pieczęć

Maria Formela

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

250	300	350	400	Ola
500	550	800	Alfabet	
850	88-15	88-20	88-25	888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

Tania	Supra	Lux
Dyna	DynaBest	
Aga	Ada	Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. K. masa ciała 110 kg, wzrost 165 cm, wiek 76 l.

Odleżyna: NRRO* WRRO* I° II° III° IV° V°,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg 25-35mmHg > 35mmHg Statyczny Przemienny

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 16 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian pogorszył się poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

w trakcie pobytu zarówno stan pacjentki jak i odleżyn poprawił się z III° na I°

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie

Poprawa stanu odleżyn bardzo dobre. Świadczy o jakości materaca

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra

dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:
Poprawa i nie pojawienie się nowych odleżyn.

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:
Oznaczenia proste i czytelne.

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)
Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:
Trzeszczenie w trakcie obracania pacjenta

Tak Nie REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

Nazwa klienta (instytucji): SCZ - KARTUZY O.A.i IT
Imię, Nazwisko, wypełniającego: MARIA FORMELA
Funkcja w zakładzie opiece zdrowotnej: ODDZIAŁOWA O.A.i IT
Data wypełnienia ankiety: 30.03.2017
Podpis: Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Pieczęć
Maria Formela

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

250	300	350	400	Ola
500	550	800	Alfabet	
850	88-15	88-20	88-25	888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

Tania	Supra	Lux
Dyna	DynaBest	
Aga	Ada	Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. K. , masa ciała 120 kg, wzrost 18V cm, wiek 62 l.

Odleżyna: NRRO* WRRO* I° II° III° IV° V° ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg 25-35mmHg > 35mmHg Statyczny Przemienny

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian pogorszył się poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....w trakcie pobytu odleżyna wyparła się i nie pozostały następne.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie

:.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra

dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:
Poprawa stanu pacjenta, brak nowych odleżyn

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:
Oznaczenia jasne i proste

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:.
Kontakt mailowy w razie czego

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:
Brak zmian przy użyciu

Tak Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SPZZ Kartuzy O. Rutt
Imię, Nazwisko, wypełniającego: Maria Formela
Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka O. Rutt
Data wypełnienia ankiety: 14.03.2017
Podpis:

Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Maria Formela

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

250	300	350	400	Ola
500	550	800	Alfabet	
850	88-15	88-20	88-25	888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

Tania	Supra	Lux
Dyna	DynaBest	
Aga	Ada	Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. K. , masa ciała 120 kg, wzrost 18V cm, wiek 62 l.

Odleżyna: NRRO* WRRO* I° II° III° IV° V° ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg 25-35mmHg > 35mmHg Statyczny Przemienny

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian pogorszył się poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....w trakcie pobytu odleżyna wyparła się i nie pozostały następne.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie

:.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra

dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:
Poprawa stanu pacjenta, brak nowych odleżyn

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:
Oznaczenia jasne i proste

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:.
Kontakt mailowy w razie czego

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:
Brak zmian przy użyciu

Tak Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SPZZ Kartuzy O. Rutt
Imię, Nazwisko, wypełniającego: Maria Formela
Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka O. Rutt
Data wypełnienia ankiety: 14.03.2017
Podpis:

Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Maria Formela

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

250	300	350	400	Ola
500	550	800	Alfabet	
850	88-15	88-20	88-25	888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

Tania	Supra	Lux
Dyna	DynaBest	
Aga	Ada	Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. K. masa ciała 110 kg, wzrost 165 cm, wiek 76 l.

Odleżyna: NRRO* WRRO* I° II° III° IV° V°,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg 25-35mmHg > 35mmHg Statyczny Przemienny

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 16 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian pogorszył się poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

w trakcie pobytu zarówno stan pacjentki jak i odleżyn poprawił się z III° na I°

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie

Poprawa stanu odleżyn bardzo dobre. Świadczy o jakości materaca

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra

dostateczna słaba niedostateczna	dostateczna słaba niedostateczna	dostateczna słaba niedostateczna	dostateczna słaba niedostateczna

Uzasadnienie:
Poprawa i nie pojawienie się nowych odleżyn...

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra dobra dostateczna słaba niedostateczna	bardzo dobra dobra dostateczna słaba niedostateczna	bardzo dobra dobra dostateczna słaba niedostateczna	bardzo dobra dobra dostateczna słaba niedostateczna

Uzasadnienie:
..........Oznaczenia......maski....i....apteka:..

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)
(Tak) Nie	Tak (Nie)	Tak (Nie)	Tak Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:
.....Zmieszanie....w....stanie.....obrażenia.....pojawiły...
....

(Tak) **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): ....SCZ - KARTUZY ..... O. A. i IT..............................

Imię, Nazwisko, wypełniającego: ........MARIA........FORMELA..

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: ....ODDZIAŁOWA.......O. A. i IT........................

Data wypełnienia ankiety: 30.03.2017

Podpis: Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Maria Formela

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☒ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny: M 111 001 639

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: P 170 300 759

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Chory po zabiegach kardiochirurgicznych - pobyt - III doby

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

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☒ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 2-3 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

profilaktyka

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:
Materac stosowaliśmy jako profilaktykę podleżynową, zabezpieczeni pacjenci pobyt w OAS II zakończyli bez zmian na skórze w okolicach narażonych na odleżyny

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie
.....
.....
.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

☒ bardzo dobra
☐ dobra
☐ dostateczna
☐ słaba
☐ niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

☐ bardzo dobra
☐ dobra
☐ dostateczna
☐ . .

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ Tak ☐ Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Szpital Medicover ORL II

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Marzena Jagiełło

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Piel. Oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 10.05.2017

Podpis: Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Marzena Jagiełło-Kłosowska

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☒ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☒ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 80 kg, wzrost 176 cm, wiek 74 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☒ IV° ☒ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 14 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☒

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Proces powstawania nowej nowej odleżyny został zahamowany.
Odleżyny zaczęły się goić.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

Materac i pompa spełnia moje oczekiwania

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:
Materac, pokrowiec i zasilacz (pompa) spełniają nasze oczekiwania. Łatwe w obsłudze

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:
Oznakowanie wyrobów czytelne

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna

Uzasadnienie:.
Telefoniczny kontakt z pracownikiem w razie potrzeby.

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:
Cech niepożądanych brak

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SP 202 Sanok
Imię, Nazwisko, wypełniającego: Ewa Hydzik
Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka Oddziałowa
Data wypełnienia ankiety: 12.07.17r.
Podpis: Hydzik Ewa

Pieczęć

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY
Sanoku
Ewa Hydzik

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☒ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☒ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 80 kg, wzrost 176 cm, wiek 74 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☒ IV° ☒ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 14 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☒

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Proces powstawania nowej nowej odleżyny został zahamowany.
Odleżyny zaczęły się goić.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

Materac i pompa spełnia moje oczekiwania

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:
Materac, pokrowiec i zasilacz (pompa) spełniają nasze oczekiwania. Łatwe w obsłudze

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:
Oznakowanie wyrobów czytelne

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna

Uzasadnienie:.
Telefoniczny kontakt z pracownikiem w razie potrzeby.

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:
Cech niepożądanych brak

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SP 202 Sanok
Imię, Nazwisko, wypełniającego: Ewa Hydzik
Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka Oddziałowa
Data wypełnienia ankiety: 12.07.17r.
Podpis: Hydzik Ewa

Pieczęć

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY
Sanoku
Ewa Hydzik

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☒ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☒ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 88 kg, wzrost 185 cm, wiek 88 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☒ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 22 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.
Pacjent z odleżyną w k. ogonowej pozostaje bez widocznej zmiany, nie zaobserwowano pogorszenia stanu rany

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie
:
Materac z oczekiwanym spełnia nasze oczekiwania

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:
W produkcie materace z opisem spełnie nasze oczekiwania.

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:
Oznaczenie czytelne

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

- [X] bardzo dobra.
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna

Uzasadnienie:
W razie potrzeby kontakt z pracownikiem telefonicznie

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:
Brak cech niepożądanych

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SP 202 Sanok
Imię, Nazwisko, wypełniającego: Ewa Hydzik
Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka Oddziałowa
Data wypełnienia ankiety: 12.07.2017r.
Podpis: Hydzik Ewa

Pieczęć

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY
w Sanoku
Ewa Hydzik

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

- [ ] 250
- [ ] 300
- [ ] 350
- [ ] 400
- [ ] Ola
- [x] 500
- [ ] 550
- [ ] 800
- [ ] Alfabet
- [ ] 850
- [ ] 88-15
- [ ] 88-20
- [ ] 88-25
- [ ] 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

- [ ] Tania
- [ ] Supra
- [x] Lux
- [ ] Dyna
- [ ] DynaBest
- [ ] Aga
- [ ] Ada
- [ ] Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. [x] K. [ ], masa ciała 100 kg, wzrost 180 cm, wiek 60

Odleżyna: NRRO* [ ] WRRO* [ ] I° [ ] II° [ ] III° [x] IV° [ ] V° [ ],

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg [ ] 25-35mmHg [ ] > 35mmHg [x] Statyczny [ ] Przemienny [x]

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 8 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian [x] pogorszył się [ ] poprawił się [ ]

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:

Odleżyna w procesie leczenia nie uległa zmianie, nowe odleż nie pozostały

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

Materac spełnia nasze oczekiwania

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

Rozpoznawalność marki firmy:

- [ ] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SP ZOZ Sanok

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Renata Dulęba

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka Oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 14.07.17

Podpis: .....

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

- [ ] 250
- [ ] 300
- [ ] 350
- [ ] 400
- [ ] Ola
- [x] 500
- [ ] 550
- [ ] 800
- [ ] Alfabet
- [ ] 850
- [ ] 88-15
- [ ] 88-20
- [ ] 88-25
- [ ] 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

- [ ] Tania
- [ ] Supra
- [x] Lux
- [ ] Dyna
- [ ] DynaBest
- [ ] Aga
- [ ] Ada
- [ ] Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. [x] K. [ ], masa ciała 100 kg, wzrost 180 cm, wiek 60

Odleżyna: NRRO* [ ] WRRO* [ ] I° [ ] II° [ ] III° [x] IV° [ ] V° [ ],

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg [ ] 25-35mmHg [ ] > 35mmHg [x] Statyczny [ ] Przemienny [x]

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 8 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian [x] pogorszył się [ ] poprawił się [ ]

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:

Odleżyna w procesie leczenia nie uległa zmianie, nowe odleż nie pozostały

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

Materac spełnia nasze oczekiwania

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

Rozpoznawalność marki firmy:

- [ ] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SP ZOZ Sanok

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Renata Dulęba

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka Oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 14.07.17

Podpis: .....

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

- [ ] 250
- [ ] 300
- [ ] 350
- [ ] 400
- [ ] Ola
- [x] 500
- [ ] 550
- [ ] 800
- [ ] Alfabet
- [ ] 850
- [ ] 88-15
- [ ] 88-20
- [ ] 88-25
- [ ] 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

- [ ] Tania
- [ ] Supra
- [x] Lux
- [ ] Dyna
- [ ] DynaBest
- [ ] Aga
- [ ] Ada
- [ ] Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. [x] K. [ ], masa ciała 80 kg, wzrost 168 cm, wiek 50 l.

Odleżyna: NRRO* [ ] WRRO* [x] I° [ ] II° [ ] III° [ ] IV° [ ] V° [ ],

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg [ ] 25-35mmHg [x] > 35mmHg [ ] Statyczny [ ] Przemienny [x]

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 7 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się [ ]

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Pacjent wymieszczony, z ch. nowotworowo, brak odleżyn, podczas stosowania materaca odleżyny nie pozostały

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

Materac spełnia nasze oczekiwania

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

- [ ] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SP ZOZ Sanok

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Renata Olejewicz

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Piel. Oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 14.07.17

Podpis: .....

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☒ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: P161200810

Warunki użytkowania materaca z pompą.

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

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta ..... dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Materac stosowano profilaktycznie u pacjentów w dużym stopniu narażonych na odleżyny – odleżyny się nie pojawiły

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- ☒ bardzo dobra
- ☐ dobra
- ☐ dostateczna
- ☐ słaba
- ☐ niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

- ☐ bardzo dobra
- ☒ dobra
- ☐ dostateczna

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ Tak ☐ Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

SZPITAL SPECJALISTYCZNY
W KOŚCIERZYNIE Sp. z o.o.
ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY
z ODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO
oraz PRACOWNIĄ HEMODYNAMIKI
83-400 Kościerzyna, ul. A. Piechowskiego 36
tel. 58 686 04 09
NIP 591-15-94-694 Regon 191103032

Nazwa klienta (instytucji): .....

Imię, Nazwisko, wypełniającego: .....

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: .....

Data wypełnienia ankiety: 5 XII 2017

Podpis: .....

Marzena Szulc
spec. z pielęgniarstwa kardiologicznego
PIELĘGNIARKA KOORDYNUJĄCA
0504639P

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

ANKIETA PROFESJONALNEJ OCENY WYROBU MEDYCZNEGO

Dla podnoszenia jakości i funkcjonalności wyrobów medycznych prosimy o dokonanie oceny testowanego przez Państwa sprzętu oraz jego skuteczności medycznej.
prosimy zakreślić lub podkreślić dane identyfikacyjne oraz wypełnić pisemnie miejsca wykropkowane.

Model używanego materaca	**Model używanej pompy**
10 30 250 255	Tania Supra Lux
300 350 400 450 500 550	Dyna DynaBest
800 850 88-15 88-20 88-25	Aga Ada Ola Alfa
888-15 888-20 888-25	Nr seryjny: P.15.0300126
<u>Alfabet</u> Alfabet3	
Nr seryjny:....................................	

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. (K), masa ciała 110 kg, wzrost 166 cm, wiek 68 l.

Odleżyna: NRRO* WRRO* I° (II°) III° IV°

*NRRO brak odleżyny, niskie ryzyko rozwoju

*WRRO brak odleżyny, wysokie ryzyko rozwoju

Ustawienia materaca: < 15mmHg < 20mmHg < 25mmHg < 30mmHg ≥ 30mmHg

tryb pracy: **Statyczny** **<u>Przemienny</u>**

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 22 dni.

<u>Wyniki oceny</u>

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

w trakcie użytkowania materaca stan odleżyny **pozostał bez zmian** **pogorszył się** **<u>poprawił się</u>**

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:
Chora wypisana tylko z odleżyną I°, co mogło też wpłynąć zmiana przy materacu z poprzednim bo stanem chorej

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	X bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	X dobra	X dobra
X dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie: Materac bez możliwości (brak kolanka) podłożenia pod materac chorego. Chora wraz z materacem zsuwała się.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☒ 888
Nr seryjny: ?

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☒ Aga ☐ Ada ☐ Ola
Nr seryjny: P15080022G

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M ☒ K. ☐, masa ciała 180 kg, wzrost 170 cm, wiek 42 l.
Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,
(*NRRO = brak odleżyny, niskie ryzyko rozwoju, WRRO = brak odleżyny, wysokie ryzyko rozwoju).
Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒
Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 3 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.
Nie dotyczy

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie
: Skuteczna profilaktyka odleżynowa - pacjenta w ciągu 3 dni pobytu w OIT nie powstały odleżyny

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

BRAK

Uzasadnienie:
Materac wykorzystany tylko 1x (zbyt krótki czas eksploatacji) aby ustalić (max dzień).

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Brak

Uzasadnienie:
Oznaczenia czytelne, właściwie umiejscowione

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:
Łatwy kontakt, dobra komunikacja, pomoc telefoniczna specjalisty

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ Tak ☐ Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. Lok. Wejherowo
Imię, Nazwisko, wypełniającego: Emilia Pleger
Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Z-ca Piel. Oddz. o. AiIT
Data wypełnienia ankiety: 19.04.18r.
Podpis: E. Pleger

Z-ca Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Pieczęć

mgr Emilia Pleger
spec. piel. A. i I.T.

DZIĘKUJEMY - REVITA

HYBRYDA

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

[ ] 250 [ ] 300 [X] 350 [ ] 400 [ ] Ola
[ ] 500 [ ] 550 [ ] 800 [ ] Alfabet
[ ] 850 [ ] 88-15 [ ] 88-20 [ ] 88-25 [ ] 888

Nr seryjny:................................

Model używanej pompy

[ ] Tania [ ] Supra [ ] Lux
[ ] Dyna [ ] DynaBest
[ ] Aga [ ] Ada [ ] Ola

Nr seryjny: P07050 1979
MODEL BETA

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. [X] K. [ ], masa ciała 98 kg, wzrost 180 cm, wiek 82 l.

Odleżyna: NRRO* [ ] WRRO* [ ] I° [ ] II° [ ] III° [ ] IV° [X] V° [ ].

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg [ ] 25-35mmHg [ ] > 35mmHg [ ] Statyczny [ ] Przemienny [X]

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 16 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian [X] pogorszył się [ ] poprawił się [ ]

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:

Odleżyna pozostała bez zmian. Trudno określić dlaczego, może być przyczyna ze strony predyspozycji pacjenta. Od jednostki chorobowej, jak i też od sprzętu.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

Materac oceniam jako dobry bo: nie pogorszył się stan odleżyny ale też nie uległ poprawie.
Pompa sprawna w znakomicie.
Pokrowiec b. dobry. Łatwy w dezynfekcji, dopasowany do materaca, rozmiar akuratny do łóżek znajdujących się na naszym oddziale.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[X] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

Rozpoznawalność marki firmy:

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] **Tak** [ ] **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): U.S.K. OPOLE, AL. WITOSA

Imię, Nazwisko, wypełniającego: JOLANTA CIEŚLIŃSKA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: OPIEKUN MEDYCZNY

Data wypełnienia ankiety: 22.05.18 Cieślińska

Podpis: .....

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☒ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:....................................

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: SNP17040L587

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☐ K. ☒, masa ciała 50 kg, wzrost 156 cm, wiek 84 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☒ V° ☐.

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 17 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☒

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:

Zmiana na III° odleżyny.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

Pacjentka podaje dobrą ocenę skuteczności profilaktyki p/odleżynowej. Wyraźnie odczuwa cyt. „jak zmienia się natężenie ciśnienie w materacu".

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

Rozpoznawalność marki firmy:

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] **Tak** [ ] **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): U.S.K. OPOLE, UL. AL. WITOSA

Imię, Nazwisko, wypełniającego: JOLANTA CIEŚLIŃSKA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: OPIEKUN MEDYCZNY

Data wypełnienia ankiety: 22.05.18 Cieślińska

Podpis: .....

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

- [ ] 250
- [ ] 300
- [ ] 350
- [x] 400
- [ ] Ola
- [ ] 500
- [ ] 550
- [ ] 800
- [ ] Alfabet
- [ ] 850
- [ ] 88-15
- [ ] 88-20
- [ ] 88-25
- [ ] 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

- [ ] Tania
- [ ] Supra
- [ ] Lux
- [ ] Dyna
- [x] DynaBest
- [ ] Aga
- [ ] Ada
- [ ] Ola

Nr seryjny: SNP 170402587

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. [x] K. [ ], masa ciała 70 kg, wzrost 178 cm, wiek 81 l.

Odleżyna: NRRO* [ ] WRRO* [ ] I° [ ] II° [ ] III° [x] IV° [ ] V° [ ],

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg [ ] 25-35mmHg [ ] > 35mmHg [ ] Statyczny [x] Przemienny [ ]

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 14 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się [x]

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Stan odleżyny u pacjenta wyraźnie się poprawił.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

Pacjent mówi cyt: bardzo wygodny materac, czuje jak zmienia się ciśnienie (pływanie). Lepszy jakościowo od materacje jak posiada w domu (bąbelkowy).

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): U.S.K. OPOLE, UL. AL. WITOSA

Imię, Nazwisko, wypełniającego: JOLANTA CZESLINSKA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: OPIEKUN MEDYCZNY

Data wypełnienia ankiety: 1.06.18 Czesława

Podpis: .....

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

HYBRYDA

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

- [ ] 250
- [ ] 300
- [x] 350
- [ ] 400
- [ ] Ola
- [ ] 500
- [ ] 550
- [ ] 800
- [ ] Alfabet
- [ ] 850
- [ ] 88-15
- [ ] 88-20
- [ ] 88-25
- [ ] 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

- [ ] Tania
- [ ] Supra
- [ ] Lux
- [ ] Dyna
- [ ] DynaBest
- [ ] Aga
- [ ] Ada
- [ ] Ola

Nr seryjny: P07050197P MODEL BETA

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. [ ] K. [x], masa ciała 88 kg, wzrost 160 cm, wiek 78 l.

Odleżyna: NRRO* [ ] WRRO* [ ] I° [ ] II° [ ] III° [x] IV° [ ] V° [ ],

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg [ ] 25-35mmHg [ ] > 35mmHg [ ] Statyczny [ ] Przemienny [x]

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 8 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się [x]

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:

Po zastosowaniu leczenia + materac odleżynowy stan odleżyny uległ poprawie.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

W tym przypadku odnieśliśmy sukces. Odleżyna się pomniejszyła, jest w trakcie gojenia.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[X] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

Rozpoznawalność marki firmy:

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): U.S.K. OPOLE, UL. AL. WITOSA

Imię, Nazwisko, wypełniającego: JOLANTA CIEŚLIŃSKA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: OPIEKUN MEDYCZNY

Data wypełnienia ankiety: 3.06.18 Cieślińska.

Podpis: .....

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

- [ ] 250 [ ] 300 [ ] 350 [ ] 400 [ ] Ola
- [ ] 500 [ ] 550 [ ] 800 [x] Alfabet
- [ ] 850 [ ] 88-15 [ ] 88-20 [ ] 88-25 [ ] 888

Nr seryjny: P20171101018

Model używanej pompy

- [x] Alfa [ ] Supra [ ] Lux
- [ ] Dyna [ ] DynaBest
- [ ] Aga [ ] Ada [ ] Ola

Nr seryjny: P20170901219

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. [x] K. [ ], masa ciała 70 kg, wzrost 185 cm, wiek 68 l.

Odleżyna: NRRO* [ ] WRRO* [ ] I° [ ] II° [ ] III° [x] IV° [ ] V° [ ],

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg [ ] 25-35mmHg [ ] > 35mmHg [ ] Statyczny [ ] Przemienny [x]

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się [x]

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny: Materac wpłynął dobrze na gojenie się odleżyny i zapobiegał powstawaniu nowych. Był jedynie 2 [illegible]

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

☐ bardzo dobra
☒ dobra
☐ dostateczna
☐ słaba
☐ niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

☐ bardzo dobra
☒ dobra
☐ dostateczna
☐ . .

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Hospicjum SPZOZ Siedlce

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Beata Plińska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: .....

Data wypełnienia ankiety: 29.06.18.

Podpis: .....

Pielęgniarka Oddziałowa
Hospicjum Stacjonarnego
i Hospicjum Domowego
mgr Beata Plińska

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☒ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☒ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

☐ bardzo dobra
☒ dobra
☐ dostateczna
☐ słaba
☐ niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

☐ bardzo dobra
☒ dobra
☐ dostateczna

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie	☒ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☐ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): SPZOZ Siedlce

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Hospicjum

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: .....

Data wypełnienia ankiety: .....

Podpis: .....

Pielęgniarka Oddziałowa
Hospicjum Stacjonarnego
i Hospicjum Domowego
mgr Beata Płińska

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☑ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny: n 2017 11 01 018

Model używanej pompy

☑ Alfa ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: P20170901219

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 70 kg, wzrost 185 cm, wiek 68 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☒ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☒

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny: Materac wpływał także na gojenie się odleżyny i zapobiegał powstawaniu nowych. Był jedynie 2 chwilowo leżał nam.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

☐ bardzo dobra
☒ dobra
☐ dostateczna
☐ słaba
☐ niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

☐ bardzo dobra
☒ dobra
☐ dostateczna
☐ . .

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Hospicjum SPZOZ Siedlce

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Beata Plińska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: .....

Data wypełnienia ankiety: 21.06.18.

Podpis: .....

Pielęgniarka Oddziałowa
Hospicjum Stacjonarnego
i Hospicjum Domowego
mgr Beata Plińska

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

KLINIKI ... Nr 2
im. ... ...owie
Ośr... ...ych
KL...
IAN... ...TRUĆ
35-...
Ks. Rej. 0000000009983 (I), 01(V), 012 (VII)
REGON 690697529-000...

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:....................................

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☒ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: P17042615

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M ☒ K ☐, masa ciała 98 kg, wzrost 186 cm, wiek 49 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐ ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta .... dni. 18.06.2018 – 26.06.2018

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

pacjent bez odleżyn, stan pacjenta bardzo ciężki zadbano odleżynowo i higienicznie, przy zastosowaniu materaca odleżyny nie wystąpiły

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

....

....

....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ Tak ☐ Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Klinika 1st. Terapii

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Marchewka Alicja

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: pol. oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 26.06. 2018

Podpis: Marchewka

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☒ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: P 07050197P MODEL BETA

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 110 kg, wzrost 184 cm, wiek 61 l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

Skuteczność profilaktyki oceniam jako bardzo dobrą. Pacjent w stanie średnio ciężkim hospitalizowany 10 dni na H/W materacu. Stan skóry pozostał bez zmian, nie stwierdzono odleżyny.

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☒ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M.☒ K. ☐, masa ciała...80.....kg, wzrost ..185..cm, wiek...80... l.

Odleżyna: NRRO*☐ WRRO*☐ I°☐ II°☒ III°☐ IV°☐ V°☐ ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta ..... dni. 11 czerwiec - 8 lipiec

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Szpital Powiatowy w Radomsku

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Gabriela Pop

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 09.07.2018 r.

Podpis: Gabriela Pop

Szpital Powiatowy w Radomsku
97-500 Radomsko, Jagiellońska 35
NIP 7721877458, REGON 00031[illegible]
tel. 44 685-47-77, fax 44 685-47-01

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☒ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny: .....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☒ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☐ K. ☒, masa ciała 112 kg, wzrost 156 cm, wiek 62 l.

Odleżyna NRRO* ☐ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐ ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 7 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:

Brak odleżyn

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ Tak ☐ Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Klinika Neurochirurgii

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Dorota Kwiatkowska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 9.07.2018

Podpis .....

Pieczęć

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii
z Pododdziałem Urazów Kręgosłupa

mgr pielęgniarstwa Dorota Kwiatkowska
specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego
3104841P

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☒ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☒ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 85 kg, wzrost 172 cm, wiek 81.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 2 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

bez zmian

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☒ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: SNP 170402587

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 57 kg, wzrost 166 cm, wiek 64 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.
Pacjent przekazany z oddz. intensywnej terapii, leżący. Podczas leżakowania na materacu nie zaobserwowano żadnych zmian na skórze.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

Materac spełnił oczekiwanie, pod każdym względem. Lekki, łatwy do dezynfekcji.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

Rozpoznawalność marki firmy:

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] Tak [ ] Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): U.S.K. OPOLE UL. AL. KOSA

Imię, Nazwisko, wypełniającego: JOLANTA CZESLINSKA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: OPIEKUN MEDYCZNY

Data wypełnienia ankiety: 06.08.18 Czeslinska

Podpis: .....

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

REVITA - FR-P10-001

Neurologia - Mokry

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☒ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 54 kg, wzrost 165 cm, wiek 45 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☒ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 51 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

Uwagi z dużym ryzykiem rozwoju odleżyn (bez odleżyn); podczas korzystania z materaca przez 51 dni nie zaobserwowano żadnych zmian na skórze.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

....

....

☒ Tak ☐ Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 Neurologia - ludowy
Imię, Nazwisko, wypełniającego: Orzeł Natalia
Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: pielęgniarka
Data wypełnienia ankiety: 7.08.2018
Podpis: Orzeł Natalia

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

Opinia pacjenta, który testował materac REVITA MEMBRAmed® przez około 1,5 miesiąca.

Jestem pacjentem w wieku 45 lat o wadze ciała 54 kg i wzroście 165 cm. W początkowej fazie choroby wystąpił u mnie czterokończynowy niedowład w związku z tym nie mogłem samodzielnie się obracać i zmieniać pozycji. Całą noc leżałem w tej samej pozycji, gdyż leżąc na tym materacu nie odczuwałem żadnego dyskomfortu i w związku z tym nie potrzebowałem zmiany pozycji przez personel medyczny.

Przez cały okres używania przeze mnie tego materaca nie doszło u mnie do żadnych odleżyn.

Przy regulowaniu łóżka materac dobrze się poddaje.

Już po pierwszym położeniu się na tym materacu poczułem różnicę w porównaniu z poprzednim na korzyść obecnego.

Opinia wydana przeze mnie jest bardzo pozytywna, szczerze mogę polecić go innym chorym, którzy znajdą się w podobnym położeniu do mojego.

Adam Lisek

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☒ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Dyna ☒ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☐ K. ☒, masa ciała 100 kg, wzrost 160 cm, wiek 74.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 20 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

bez odleżyn / zoshasowano profilaktycznie

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[X] dobra	[ ] dobra	[X] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[X] dobra	[ ] dobra	[X] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [ ] bardzo dobra
- [X] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

Rozpoznawalność marki firmy:

- [ ] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [X] dostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] **Tak** [ ] **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): .....

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Aneta Gajda

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: .....

Data wypełnienia ankiety: 08.08.18

Podpis: Gajda

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
Dział Techniki Medycznej
45-401 Opole, Al. W. Witosa 26
tel. 77/452-04-30
REGON 530512391, NIP 754-25-63-619

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

bardzo dobra
dobra
dostateczna
słaba
niedostateczna

Uzasadnienie:.

Rozpoznawalność marki firmy:

bardzo dobra
dobra
dostateczna
słaba
niedostateczna

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

Tak Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): .....

Imię, Nazwisko, wypełniającego: .....

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: .....

Data wypełnienia ankiety: 08.08.18.

Podpis: .....

Pieczęć

Dolnośląskie Centrum Chorób Serca „MEDINET"
SZPITAL WROCŁAW
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
51-124 Wrocław, ul. Kamieńskiego 73a
tel. 71-32-09-437
NIP 692-22-64-302, Regon 380775606 00027
Kody resort. V-01, VII-082, VIII-4260, nr księgi rej. 0000000001474
NFZ - 03/8/3102218/01/2018/01

DZIĘKUJEMY - REVITA

Dolnośląskie Centrum Chorób Serca
MEDINET Sp. z o.o.
51-124 Wrocław, ul. Kamieńskiego 73a
P.O. PIELĘGNIARZA ODDZIAŁOWEGO
Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
mgr Tomasz Ludwikowski

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

250 300 350 400 Ola
500 550 800 Alfabet
850 88-15 88-20 (88-25) 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

Tania Supra Lux
Dyna DynaBest
Aga Ada Ola

model ELA

Nr seryjny: P2017R01054

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: (M) K. , masa ciała..80.....kg, wzrost ..176....cm, wiek ..64.. l.

Odleżyna: NRRO* WRRO* (I⁰) II⁰ III⁰ IV⁰ V⁰ ,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg (25-35mmHg) > 35mmHg Statyczny Przemienny

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 27.. dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian pogorszył się (poprawił się)

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
(bardzo dobra)	(bardzo dobra)	(bardzo dobra)	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	(dobra)
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra	dobra	dobra
dostateczna	dostateczna	dostateczna	dostateczna
słaba	słaba	słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi. **Rozpoznawalność marki firmy:**

bardzo dobra	bardzo dobra
dobra	dobra
dostateczna	dostateczna
słaba	słaba
niedostateczna	niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie	Tak Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

Tak Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

MEDINET Sp. z o.o.
Dolnośląskie Centrum Chorób Serca „MEDINET"
SZPITAL WROCŁAW
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
51-124 Wrocław, ul. Kamieńskiego 73 a
tel. 71-32-09-437
NIP 692-22-64-302, Regon 390775606-00027
Kody resort. V-01, VII-082, VIII-4260, nr księgi rej. 000000001474
NFZ - 03/8/3102218/01/2018/01

Nazwa klienta (instytucji): .....

Imię, Nazwisko, wypełniającego: .....

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: .....

Data wypełnienia ankiety: 08.08.18

Podpis: .....

Pieczęć

Dolnośląskie Centrum Chorób Serca
MEDINET Sp. z o.o.
51-124 Wrocław, ul. Kamieńskiego 73a
P.O. PIELĘGNIARZA ODDZIAŁOWEGO
Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
mgr Tomasz Ludwikowski

DZIĘKUJEMY - REVITA

FR-P10-001 | 211

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola

☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet

☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux

☐ Dyna ☐ DynaBest

☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 100 kg, wzrost 175 cm, wiek 46 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się ☒

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [x] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

- [ ] bardzo dobra
- [x] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ]

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [x] Nie	[ ] Tak [x] Nie	[ ] Tak [x] Nie	[ ] Tak [x] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[x] **Tak** [ ] **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Ort „Szpital Tucholski"

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Elżbieta Żmuda

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddz

Data wypełnienia ankiety: 24.01.2019

Podpis: .....

Pieczęć

0000000002766; W-04
„Szpital Tucholski" sp. z o.o.
89-500 Tuchola, ul. Nowodworskiego 14-
I Szpital Powiatowy -008 Oddział Anestezjologii i Intensywnej T
tel. 52 3360524, NIP 561-14-55-
Regon 092965579-0049-00

DZIĘKUJEMY - REVITA

FR-P10-001/208

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola

☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet

☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux

☐ Dyna ☐ DynaBest

☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 80 kg, wzrost 176 cm, wiek 40 l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I⁰ ☐ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰ ☐ V⁰ ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[X] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[ ] bardzo dobra
[X] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[X] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[ ] **Tak** [ ] **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): .....

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Iwona Welsalt

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: pielęgniarka

Data wypełnienia ankiety: 24.01.18

Podpis: .....

Pieczęć „Szpital Tucholski" sp. z o.o. 89-500 Tuchola, ul. Nowodworskiego 14-18 Szpital Powiatowy -008 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii tel. 52 3360524, NIP 561-14-55-873 ... 002965579-0049-008

DZIĘKUJEMY - REVITA

FR-P10-001/210

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola

☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet

☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux

☐ Dyna ☐ DynaBest

☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała...80.....kg, wzrost ...176.....cm, wiek ....38 l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I⁰ ☐ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰ ☐ V⁰ ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta ...30... dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

☒ bardzo dobra
☐ dobra
☐ dostateczna
☐ słaba
☐ niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

☐ bardzo dobra
☒ dobra
☐ dostateczna
☐ słaba
☐ niedostateczna

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☒ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): .....

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Iwona Welsmatol

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: .....

Data wypełnienia ankiety: 24.01.2019

Podpis: .....

Pieczęć

0000002758, VV-04
„Szpital Tucholski" sp. z o.o.
89-500 Tuchola, ul. Nowodworskiego 14
Szpital Powiatowy-008 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
tel. 52 3360524, NIP 561-14-55-27
Regon 092965579-0049-00

DZIĘKUJEMY - REVITA

FR-P10-001/2/2

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola

☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☒ Alfabet

☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux

☐ Dyna ☐ DynaBest

☐ Aga ☐ Ada ☐ Ola

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała: 80 ...kg, wzrost: 180 ...cm, wiek: 88 l.

Odleżyna: NRRO* ☒ WRRO* ☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☒ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☐

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 28 ... dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....

.....

.....

.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....

.....

.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[X] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[ ] bardzo dobra
[X] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:.

.....

Rozpoznawalność marki firmy:

[ ] bardzo dobra
[X] dobra
[ ] dostateczna

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

[X] **Tak** [ ] **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): ...OIT Szpital Tucholski.....

Imię, Nazwisko, wypełniającego: ...Maria Hodana.....

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: ...pielęg. OIT.....

Data wypełnienia ankiety: ...24.01.19

Podpis: .....

Pieczęć

0000000002756; W-04
„Szpital Tucholski" sp. z o.o.
89-500 Tuchola, ul. Nowodworskiego 14-18
Szpital Powiatowy -008 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
tel. 52 3360524, NIP 561-14-55-873
Regon 092965579-0049-008

DZIĘKUJEMY - REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☑ dobra	☑ dobra	☑ dobra	☑ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☑ dobra	☑ dobra	☑ dobra	☑ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☐ Tak ☐ Nie **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): .....

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Joanna Andrzejewska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: pielęgniarka

Data wypełnienia ankiety: 25.02.2019

Podpis: Andrzejewska

Pieczęć

Szpital Uniwersytecki nr 2
im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy
ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
tel: 52 36-55-455,-218,-224
340517145; 000000022333; V-01 VI-011 VIII-40

DZIĘKUJEMY - REVITA

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

☐ 250 ☐ 300 ☐ 350 ☐ 400 ☐ Ola
☐ 500 ☐ 550 ☐ 800 ☐ Alfabet
☐ 850 ☐ 88-15 ☐ 88-20 ☐ 88-25 ☐ 888

Nr seryjny:.....

Model używanej pompy

☐ ELA ☐ GAMMA ☐ Lux
☐ Dyna ☐ DynaBest
☐ Aga ☐ Ada ☒ BETA

Nr seryjny: .....

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: M. ☒ K. ☐, masa ciała 80 kg, wzrost 184 cm, wiek 64 l.

Odleżyna: NRRO* ☐ WRRO* ☒ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V° ☐,

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

Ustawienia materaca: < 25mmHg ☐ 25-35mmHg ☐ > 35mmHg ☐ Statyczny ☐ Przemienny ☒

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta >14 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał bez zmian ☒ pogorszył się ☐ poprawił się ☐

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyny:.

.....
.....
.....
.....

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

:.

.....
.....
.....

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie:

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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
☐ . .

Uzasadnienie:.

.....

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

.....

.....

☒ **Tak** ☐ **Nie** **REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA**

Nazwa klienta (instytucji): Szpital im. Biziela Bydgoszcz

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Michał Limanowski

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarz

Data wypełnienia ankiety: 27/03/2019

Podpis: .....

Pieczęć

DZIĘKUJEMY - REVITA

Szpital Uniwersytecki nr 2
im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy
ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
tel: 52 36-55-455,-218;-224
340517145; 000000022333; V-01 VII-011 VIII-4260

Monika

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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 90 kg, wzrost 172 cm, wiek 80 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I⁰ ☐ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰, brak odl.

(*NRRO = brak odleżyny, niskie ryzyko rozwoju, WRRO = brak odleżyny, 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 odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☐ bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[x] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: zamek powinien być z kos. str. materaca [illegible] Bere

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

5. Ocena dostępności kontaktu z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [x] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

Rozpoznawalność marki firmy:

- [x] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [x] Nie	[ ] Tak [x] Nie	[ ] Tak [x] Nie	[ ] Tak [x] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: —

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[x] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): Klinika Neurologii

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Karolina Lenik Bere

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej:

Data wypełnienia ankiety: 2019.06.03

Podpis:

Pieczęć:

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu
KLINIKA NEUROLOGII
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
tel. 71 734 31 80, fax 71 734 31 90
NIP 898-18-16-856, REGON 000289012
kody resortowe: cz. I-000000018589, cz. V-98, cz. VII-407

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 [X] 800 [ ] 850
- [ ] 88-15 [ ] 88-20 [ ] 88-25
- [ ] 888-15 [ ] 888-20 [ ] 888-25
- **poduszka** [ ] Ala [ ] Ola

Nr seryjny: M 1508015 88

model używanej pompy

- [ ] Tania [ ] Supra [ ] Lux
- [ ] Alfa [ ] Beta [ ] Gamma
- [ ] Dyna [X] DynaBest [ ] Ela
- [ ] Aga [ ] Ada [ ] EwaTFT
- [ ] Ola
- [ ] **system rotacyjny**

Nr seryjny: P 18050156 D

84

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: [X] M. [ ] K., masa ciała 84 kg, wzrost 171 cm, wiek 80 l.

Odleżyna: [ ] NRRO* [X] WRRO* [ ] I⁰ [ ] II⁰ [ ] III⁰ [ ] IV⁰,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: [X] bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[X] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): 07R-4-40003-03-08

Imię, Nazwisko, wypełniającego:

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej:

Data wypełnienia ankiety:

Podpis:

Pieczęć:

RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. dr. Tytusa Chałubińskiego, I cz.- 000000007203
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Oddział Chorób Wewnętrznych /5/
V cz. - 01, VII cz.- 001, VIII cz.- 4000
26-610 Radom, ul. Adolfa Tochtermana 1
tel. 48 361-54-54;361-54-14
REGON 000315080-00024 , NIP 796-00-12-187

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: M1309030025

model używanej pompy

☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
☐ Alfa ☐ Beta ☐ Gamma
☐ Dyna ☐ DynaBest ☐ Ela
☐ Aga ☒ Ada ☐ EwaTFT
☐ Ola
☐ **system rotacyjny**

Nr seryjny: P1805014821

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: ☒ M. ☐ K., masa ciała 207 kg, wzrost 175 cm, wiek 41 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 9 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

_____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☒ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): 07R-4-40003-03-08
RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. dr. Tytusa Chałubińskiego, I cz.- 000000007203
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Oddział Chorób Wewnętrznych /5/
V cz. - 01, VII cz.- 001, VIII cz.- 4000
26-610 Radom, ul. Adolfa Tochtermana 1
tel. 48 361-54-54;361-54-14
REGON 000315086-00024 ; NIP 796-00-12-187

Imię, Nazwisko, wypełniającego: _____

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: _____

Data wypełnienia ankiety: _____

Podpis: _____

Pieczęć:

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 53 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 7 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn: Skóra bez zmian odleżynowych

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie Pacjentka zadowolona z materaca stosowanego podczas leczenia. Skóra bez zmian odleżynowych.

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ 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:

Hospicjum im. św. Maksymiliana Kolbego
w Koszalinie
HOSPICYJNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ul. Zdobywców Wału Pomorskiego 80
75-136 Koszalin, tel. 94-340-36-96
NIP 669-21-59-233, REGON 330240533-00027
16-00-00882-19-02/06-02-19-002
V cz. 01 VII cz. 002 VIII cz. 2184

28.10.2019 Stowarzyszenie

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: M130903075

model używanej pompy

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

☐ **system rotacyjny**

Nr seryjny: P180501482

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: ☐ M. ☒ K., masa ciała 90 kg, wzrost 170 cm, wiek 53 l.

Odleżyna: ☒ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I⁰ ☐ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

_____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☒ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): 07R-1-00012-03-08 Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II; I-0000000171-6 Szpital Zachodni leczenie stacjonarne; Szpital V-04 05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11 ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII VII-047, VIII-4260 tel. 22 755 [illegible] REGON: 000311639 NIP 529[illegible]

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii Intensywnej Terapii Marta Dzbankowska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: _____

Data wypełnienia ankiety: 6.11.2019

Podpis: _____

Pieczęć: _____

FR-P10-001/12

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 [x] 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
- [x] Alfa [ ] Beta [ ] Gamma
- [ ] Dyna [ ] DynaBest [ ] Ela
- [ ] Aga [ ] Ada [ ] EwaTFT
- [ ] Ola
- [ ] **system rotacyjny**

Nr seryjny: _____

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: [x] M. [ ] K., masa ciała 85 kg, wzrost 170 cm, wiek 80.

Odleżyna: [ ] NRRO* [x] WRRO* [ ] I⁰ [ ] II⁰ [ ] III⁰ [ ] IV⁰,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: [x] bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

Z

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[x] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

Materac spełnia warunki działania p/odleżynowego

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: Brak.

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☐ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy Spółka z o.o. w Ciechocinku

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Anna Piekarska

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Oddz. Rehabilitacji Ogólnoustrojowej / Neurologiczny

Data wypełnienia ankiety: 22.11.2018

Podpis: Anna Piekarska

Pieczęć:

Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy Spółka z o.o.
w Ciechocinku
Oddział Zamiejscowy w Aleksandrowie Kujawskim
87-700 Aleksandrów Kuj., ul. Narutowicza 12, tel. 54 282 2111
Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej
Reg. 910869943-00020; NIP: 8911407710
Nr księgi rejestrowej: 000000002379
V04 , VII016 , VIII4300

FR-P10-01/11

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 [X] Alfabet [ ] 400 [ ] 450
- [ ] 500 [ ] 550 [ ] 800 [ ] 850
- [ ] 88-15 [ ] 88-20 [ ] 88-25
- [ ] 888-15 [ ] 888-20 [ ] 888-25

poduszka [ ] Ala [ ] Ola X

Nr seryjny: _____

model używanej pompy

- [ ] Tania [ ] Supra [ ] Lux
- [X] Alfa [ ] Beta [ ] Gamma
- [ ] Dyna [ ] DynaBest [ ] Ela
- [ ] Aga [ ] Ada [ ] EwaTFT
- [ ] Ola
- [ ] **system rotacyjny**

Nr seryjny: _____

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: [X] M. [ ] K., masa ciała 110 kg, wzrost 178 cm, wiek 85 l.

Odleżyna: [ ] NRRO* [X] WRRO* [ ] I⁰ [ ] II⁰ [ ] III⁰ [ ] IV⁰,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: [X] bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

Z

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[X] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

Materac spełnia warunki działania p/ odleżynowego,

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: Brak.

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☒ Tak ☐ Nie

Nazwa klienta (instytucji): Kolejowy Szpital Oddz. Zamiejsc. Aleks. Kuj.

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Anna Pietrzak

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: oddz. rehabilitacji ogólnoustrojowej / neurologicznej

Data wypełnienia ankiety: 22.11.2019 r.

Podpis: Anna Pietrzak

Pieczęć: Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy Spółka z o.o. w Ciechocinku
Oddział Zamiejscowy w Aleksandrowie Kujawskim
87-700 Aleksandrów Kuj., ul. Narutowicza 12, tel. 54 282 2111
ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
Reg. 910869943-00020; NIP: 8911407710
Nr księgi rejestrowej: 000000002379
V 04 VII 053 VIII 4306

DZIĘKUJEMY – REVITA

FR-P10-001/23

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.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 60 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

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

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____
_____
_____
_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____
_____
_____
_____

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:_____

5. Ocena dostępności kontaktu z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[x] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[x] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [x] Nie	[ ] Tak [x] Nie	[ ] Tak [x] Nie	[ ] Tak [x] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:_____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[x] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): _____

Imię, Nazwisko, wypełniającego: _____

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: _____

Data wypełnienia ankiety: 03. 02. 2020

Podpis: _____

Pieczęć:

BONAMED Sp. z o.o.
ul. Szkolna 12, Jarcewo, 89-600 Charzykowy
tel. 52 334-36-31, 52 334-33-23
Umowa NFZ 11/001757/SPO/12
NIP 555-210-54-03 REGON 221571757

FR-P10-001/24

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.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 113 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

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

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____
_____
_____
_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____
_____
_____
_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ 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: 30.01.2020

Podpis: _____

Pieczęć: BONAMED Sp. z o.o. ul. Szkolna 12, Jaroszyn, 89-606 Chrzykowy tel. 52 334-28-31, 52 334-33-23 Umowa NFZ 11/001757/SPO/12 NIP 555-210-54-03 REGON 221571757

FR-P10 001/25

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 113 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

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

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ 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: 03.02.2020

Podpis: _____

Pieczęć:

BONAMED Sp. z o.o.
ul. Szkolna 12, Jarcewo, 89-606 Charzykowy
tel. 52 334-26-31; 52 334-33-23
Umowa NFZ 11/0017577/SPO/12
NIP 555-210-54-03 REGON 221571757

FR-P10-001/26

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

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

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ 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: 03.02.2020

Podpis: _____

Pieczęć:

BONAMED Sp. z o.o.
ul. Szkolna 12, Jarcewo, 89-606 Charzykowy
tel. 52 334-26-21, fax 52 334-33-23
Umowa NFZ 11/001757/SPO/12
NIP 555-210-54-03 REGON 221571757

FR-P10_001/27

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

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

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ 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: 03.02.2020

Podpis: _____

Pieczęć:

BONAMED Sp. z o.o.
ul. Szkolna 13, Jarcewo, 89-606 Charzykowy
tel. 52 334 53 01; 52 334-53-23
Umowa NFZ 11/001757/SPO/12
NIP 555-210-54-03 REGON 221571757

zdroje szczecin Z/ atest, rejest. / ISO / SZJ / ZAPISY / P10
1.06.2019 – 01.05.2020

ANKIETA PROFESJONALNEJ OCENY PRODUKTU

FR-P10-001-1

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 74 kg, wzrost 163 cm, wiek 84 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☒ I⁰ ☐ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 15 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☐ bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

_____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[X] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): 202 2chaje

Imię, Nazwisko, wypełniającego: _____

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: _____

Data wypełnienia ankiety: _____

Podpis: _____

Pieczęć:

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY
Małgorzata Czychra
Pielęgniarka Koordynująca
Specjalista Anestezjologii
i Intensywnej Opieki
3602013P

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROJE"
ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
70-780 Szczecin, ul. Mączna 4
tel. 91 880 61 84, 91 880 61 01
NIP 955-14-89-094, REGON 000291411
kody resortowe: VII-509, VIII-4000

Zdrojе Szczecin

FR-P10-001/2

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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 78 kg, wzrost 172 cm, wiek 84 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☒ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 12 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[X] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): Łaz „Zdrojе"

Imię, Nazwisko, wypełniającego: _____

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: _____

Data wypełnienia ankiety: _____

Podpis: _____

Pieczęć:

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDRÓJE"
ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
70-780 Szczecin, ul. Mączna 4
tel. 91 880 61 84, 91 880 61 01
NIP 955-11-89-094, REGON 000291411
kody resortowe: VII-509, VIII-4000

Zdroje Szczecin FR-P10-001/4

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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 92 kg, wzrost 164 cm, wiek 72 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☒ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 7 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☐ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): ZOZ „Zdroje"

Imię, Nazwisko, wypełniającego: ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY Małgorzata Czuchra Pielęgniarka Koordynująca Specjalista Anestezjologii i Intensywnej Opieki 3.04.2020

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej:

Data wypełnienia ankiety: 3.04.2020

Podpis:

Pieczęć:

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROJE" ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH 70-780 Szczecin, ul. Mączna 4 tel. 91 880 61 84, 91 880 61 01 NIP 955-14-89-094, REGON 000291411 kody resortowe: VII-509, VIII-4000

Zdroje Szczecin FR-P10-001/5

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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 72 kg, wzrost 156 cm, wiek 92 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☒ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn: brak odleżyny

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: –

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☒ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): ZOZ Zdroje

Imię, Nazwisko, wypełniającego: _____

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: _____

Data wypełnienia ankiety: 24.04.2025

Podpis: _____

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY
Małgorzata Czuchra
Pielęgniarka Koordynująca
Specjalista Anestezjologii
i Intensywnej Opieki
3602013P

Pieczęć:

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROJE"
ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
70-780 Szczecin, ul. Mączna 4
tel. 91 880 61 84, 91 880 61 01
NIP 955-14-89-094, REGON 000291411
kody resortowe: VII-509, VIII-4000

Zdrojc Szczecin FR-P10-001/6

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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
- [x] 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
- [x] Alfa
- [ ] Beta
- [ ] Gamma
- [ ] Dyna
- [ ] DynaBest
- [ ] Ela
- [ ] Aga
- [ ] Ada
- [ ] EwaTFT
- [ ] Ola

[ ] **system rotacyjny**

Nr seryjny: _____

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: [x] M. [ ] K., masa ciała 86 kg, wzrost 162 cm, wiek 84 l.

Odleżyna: [ ] NRRO* [ ] WRRO* [ ] I^0 [ ] II^0 [x] III^0 [ ] IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 12 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: [ ] bez zmian [ ] pogorszył się [x] poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[X] dobra	[X] dobra	[X] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

- [X] bardzo dobra
- [ ] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

- [ ] bardzo dobra
- [X] dobra
- [ ] dostateczna
- [ ] słaba
- [ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[X] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): ZOZ „Zdroje"

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Cecylia Morgenroth

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: Pielęgniarka koordynująca

Data wypełnienia ankiety: 3.04.2020

Podpis: _____

Pieczęć:

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROJE"
ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
70-780 Szczecin, ul. Mączna 4
tel. 91 880 61 84, 91 880 61 01
NIP 955-14-89-094, REGON 000291411
kody resortowe: VII-509, VIII-4000

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.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I^0 ☒ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

(*NRRO = brak odleżyny, niskie ryzyko rozwoju, WRRO = brak odleżyny, 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 odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☐ bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ 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: 29.04.2020

Pieczęć:

SZPITAL MIEJSKI
św. Jana Pawła II w Elblągu
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
82-300 ELBLĄG, ul. Komeńskiego 35
NIP 578-310-44-67 REGON 281098840
tel. 55 239-44-41 ks.rej.000000025865
V-01, VII-003, VIII-4260

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
OiT i Anestezjologia
Lucyna Możejko
specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego
0800089 P

DZIĘKUJEMY – REVITA

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.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

(*NRRO = brak odleżyny, niskie ryzyko rozwoju, WRRO = brak odleżyny, 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 odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☐ bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☒ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ 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: 29.04.2020

Pieczęć:

SZPITAL MIEJSKI
św. Jana Pawła II w Elblągu
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
82-300 ELBLĄG, ul. Komeńskiego 35
NIP 578-310-44-67 REGON 281098840
tel. 55 239-44-41 ks.rej.0000000025865
V-01, VII-003, VIII-4260

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
OiT i Anestezjologia
Lucyna Mozejko
specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego
0800089

DZIĘKUJEMY – REVITA

FR-P10001-2P

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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: D2005115

model używanej pompy

- ☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
- ☒ Alfa ☐ Beta ☐ Gamma
- ☐ Dyna ☐ DynaBest ☐ Ela
- ☐ Aga ☐ Ada ☐ EwaTFT
- ☐ Ola
- ☐ **system rotacyjny**

Nr seryjny: 12018080120B

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: ☒ M. ☐ K., masa ciała 80 kg, wzrost 170 cm, wiek 80 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☒ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 20 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☐ bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:_____

5. Ocena dostępności kontaktu z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[ ] bardzo dobra
[X] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:_____

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
- Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2
54-049 Wrocław
NIP: 8992228560, REGON: 006320384
KRS: 0000040364

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[X] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji):
Imię, Nazwisko, wypełniającego: Małgorzata Rodziewicz
Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: pielęgniarka oddziałowa
Data wypełnienia ankiety: 24.12.2020
Podpis:
Pieczęć:

Pielęgniarka Oddziałowa
Oddziału Chorób Wewnętrznych
mgr Małgorzata Rodziewicz
specjalista pielęgniarstwa ratunkowego
4303967P

Owsiak

FR-P10-001/30

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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: 20200514

model używanej pompy

- ☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
- ☒ Alfa ☐ Beta ☐ Gamma
- ☐ Dyna ☐ DynaBest ☐ Ela
- ☐ Aga ☐ Ada ☐ EwaTFT
- ☐ Ola
- ☐ **system rotacyjny**

Nr seryjny: P201806011470

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: ☐ M. ☒ K., masa ciała 86 kg, wzrost 168 cm, wiek 83 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☒ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 20 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☐ bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:_____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:_____

_____

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[ ] bardzo dobra
[X] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:_____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:_____

_____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[X] **Tak** [ ] **Nie**

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
- Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2
54-049 Wrocław
NIP: 8992228560, REGON: 006320384
KRS: 0000[illegible]0364

Nazwa klienta (instytucji): Małgorzata Rodziewicz

Imię, Nazwisko, wypełniającego: pielęgniarka oddziałowa

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: 14.06.2020

Data wypełnienia ankiety:

Podpis:

Pieczęć:

Pielęgniarka Oddziałowa
Oddziału Chorób Wewnętrznych
mgr Małgorzata Rodziewicz
specjalista pielęgniarstwa ratunkowego
4303967 P

Owsiak

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: 20200301091 + 20200301013

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: ☐ M. ☒ (x3) K., masa ciała ____ kg, wzrost ____ cm, wiek 88 (1), 84, 68 (2, 3) l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ (3) WRRO* ☐ I^0 ☒ (1) II^0 ☐ III^0 ☒ (2) IV^0;

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 6 (1) dni.; 15 dni (2); 12 dni (3)

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[X] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[X] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[ ] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[ ] bardzo dobra
[X] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[X] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): Pleszewskie Centrum Medyczne

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Izabela Zduniak

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddz. o. długoterm.

Data wypełnienia ankiety: 25.08.2020

Podpis:

Pieczęć: 1204491P Izabela Zduniak lica[illegible]gniarstwa spe[illegible]dziedzinie pielęg[illegible]rachowawczego

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 [X] 88-20 [ ] 88-25
- [ ] 888-15 [ ] 888-20 [ ] 888-25

poduszka [ ] Ala [ ] Ola

Nr seryjny: ~~PEN~~ PW - EN 1501 3485

model używanej pompy

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

[ ] **system rotacyjny**

Nr seryjny: P191200402

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: [ ] M. [X] K., masa ciała 80 kg, wzrost ok 165 cm, wiek 60 l.

Odleżyna: [Y] NRRO* [ ] WRRO* [ ] I^0 [ ] II^0 [ ] III^0 [ ] IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 14 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: [ ] bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

długi pobyt pacjentki w oddziale - bez odleżyn

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[X] dobra	[X] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[X] dobra	[X] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[X] dobra	[ ] dobra	[X] dobra	[X] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

5. Ocena dostępności kontaktu

z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[X] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): PCM Pleszew OIOM

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Agnieszka Michalak

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: piel. oddziałowa

Data wypełnienia ankiety: 25. 08. 2020

Podpis: _____

Pieczęć: Pielęgniarka oddziałowa oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii mgr Agnieszka Michalak Pielęgniarka Specjalista w Pielęgniarstwie Anestezjologicznym i Intensywnej Opiece 1201792P

DZIĘKUJEMY – REVITA

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 [x] 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 [x] Ela
- [ ] Aga [ ] Ada [ ] EwaTFT
- [ ] Ola

[ ] **system rotacyjny**

Nr seryjny: _____

Warunki użytkowania materaca z pompą.

testowany przez personel medyczny z powodu braku pacjentów

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

Odleżyna: [ ] NRRO* [ ] WRRO* [ ] I^0 [ ] II^0 [ ] III^0 [ ] IV^0,

(*NRRO = brak odleżyny, niskie ryzyko rozwoju, WRRO = brak odleżyny, 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 odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: [ ] bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ 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:

350008340 mgr Rutkowska Anne PO. Pielęgniarka oddziałowa Spec. pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki OIT SP ZOZ w Sejnach

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY 16-500 Sejny, ul. Dr. E. Rittlera 1 ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII tel. 87 5172304 REG 790317340, 10-00-00078-12-37-03/01 kod 0000000010716-01-062

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 Alfabet
☐ 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 61 kg, wzrost 170 cm, wiek 58 l.

Odleżyna: ☒ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I⁰ ☐ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

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

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:
brak odleżyny w dniu przyjęcia

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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: współpracuje oddział z firmą 13 lat

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ 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:

mgr Rutkowska Anna
PO. Pielęgniarka oddziałowa
Spec. pielęgniarstwa anestezjologicznego
i intensywnej opieki
OIT SP ZOZ w Sejnach

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
SZPITAL POWIATOWY
16-500 Sejny, ul. Dr. E. Rittlera 1
ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII
tel. 87 5172304
REG. 790317340; 10-00-00079-12-97-03/01

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 54 kg, wzrost 160 cm, wiek 60 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I⁰ ☒ II⁰ ☐ III⁰ ☒ IV⁰, pięta, Tokiec

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 13 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:
pięta lewa w dniu przyjęcia 20×15
w dniu wypisu odleżyna na pięcie 20×10
Tokiec odleżyna – bez zmian

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

_____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

_____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☒ **Tak** ☐ **Nie**

5008340 mgr Rutkowska Anna PO. Pielęgniarka oddziałowa Spec. pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki OIT SP ZOZ w Sejnach

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY 16-500 Sejny, ul. Dr. E. Rittlera 1 ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII tel. 87 517 23 04 REGON 790317340; 10-00-00079-12-37-03/01 kod0000000010719-01-062

Nazwa klienta (instytucji): _____

Imię, Nazwisko, wypełniającego: _____

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: _____

Data wypełnienia ankiety: _____

Podpis: _____

Pieczęć:

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: P 2018081203

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: ☒ M. ☐ K., masa ciała 70 kg, wzrost 170 cm, wiek 60 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 5 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

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

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

PACJENT BEZ ODLEŻYNY. STOSOWANO PROFILAKTYKĘ PRZECIWODLEŻYNOWĄ

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: BRAK NEGATYWNYCH CECH WYROBU

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: BRAK NEGATYWNYCH CECH WYROBU

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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: BRAK CECH NIEPOŻĄDANYCH

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☒ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): O/NEUROLOGII Z PODODDZIAŁEM UDAROWYM

Imię, Nazwisko, wypełniającego: IWONA KOPERSKA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA, PRZEWODNICZĄCA ZESPOŁU PIELĘGNIARSKIEGO

Data wypełnienia ankiety: 17.09.2020

Podpis:

Pieczęć:

Iwona Koperska
Specjalista pielęgniarstwa neurologicznego
Oddział Neurologii
z Pododdziałem Udarowym

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: P20180601170

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: ☐ M. ☒ K., masa ciała 80 kg, wzrost 164 cm, wiek 80 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 8 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

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

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

PACJENTKA BEZ ODLEŻYN. STOSOWANO PROFILAKTYKĘ P/ODLEŻYNOWĄ

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☑ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: BRAK NEGATYWNYCH CECH WYROBU

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: BRAK NEGATYWNYCH CECH WYROBU

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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: BEZ CECH NIEPOŻĄDANYCH

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☒ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): O/NEUROLOGII Z PODODDZIAŁEM UDAROWYM

Imię, Nazwisko, wypełniającego: IWONA KOPERSKA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA, PRZEWODNICZĄCA ZESPOŁU PIELĘGNIARSKIEGO

Data wypełnienia ankiety: 17.09.2020

Podpis: Kopers

Pieczęć: mgr Iwona Koperska specjalista pielęgniarstwa intensywnego pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym

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 [x] 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 [x] Ela
- [ ] Aga [ ] Ada [ ] EwaTFT
- [ ] Ola

[ ] **system rotacyjny**

Nr seryjny: P2017120106S

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: [x] M. [ ] K., masa ciała 90 kg, wzrost 176 cm, wiek 81 l.

Odleżyna: [ ] NRRO* [x] WRRO* [ ] I^0 [ ] II^0 [ ] III^0 [ ] IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 8 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: [ ] bez zmian [ ] pogorszył się [ ] poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

PACJENT BEZ ODLEŻYN. STOSOWANO PROFILAKTYKĘ P/ODLEŻYNOWĄ

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[x] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[x] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☒ dobra
☒ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: BRAK NEGATYWNYCH CECH WYROBU

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: BRAK NEGATYWNYCH CECH WYROBU

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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: BRAK CECH NIEPOŻĄDANYCH

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☒ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): OI NEUROLOGII Z PODODDZIAŁEM UDAROWYM

Imię, Nazwisko, wypełniającego: IWONA KOPERSKA

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA, PRZEWODNICZĄCA ZESPOŁU P/ODLEŻYNOWEGO

Data wypełnienia ankiety: 17.09.2022

Podpis:

Pieczęć:

mgr Iwona Koperska
Specjalista pielęgniarstwa [illegible]
Pielęgniarka Oddziałowa
Oddziału Neurologii
z Pododdziałem Udarowym

DZIĘKUJEMY – REVITA

Kręże

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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: M-20200 3176

model używanej pompy

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

☐ **system rotacyjny**

Nr seryjny: P2020030018

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: ☐ M. ☒ K., masa ciała 65 kg, wzrost 160 cm, wiek 87 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I⁰ ☐ II⁰ ☒ III⁰ ☐ IV⁰,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☐ bez zmian ☐ pogorszył się ☒ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

Stan odleżyny poprawił się z III⁰ na II⁰, martwych zmian odleżynowych brak

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☐ dobra	☒ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

zna ocena wyrobu:

	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
	ay [X] dobra	by [X] dobra	[ ] dobra
czna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
ateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

ie:

czytelności (funkcjonalności) oznaczeń na wyrobie i jakości opakowania:

	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
	[ ] dobra	[X] dobra	[ ] dobra
czna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
ateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

ie:

dostępności kontaktu

nikami firmy oraz jakości ich obsługi.

dobra X

eczna

tateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[X] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

nie:

czasie użytkowania wyrobu pojawiły się cechy niepożądane lub uboczne:

	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

ów i ujawnionych cech niepożądanych:

NDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[ ] **Nie**

enta (instytucji): Podpórniak Grażyna

wisko, wypełniającego:

v zakładzie opieki zdrowotnej:

ełnienia ankiety:

Narloch

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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: M20181101080

model używanej pompy

- ☐ Tania ☐ Supra ☐ Lux
- ☐ Alfa ☒ Beta ☐ Gamma
- ☐ Dyna ☐ DynaBest ☐ Ela
- ☐ Aga ☐ Ada ☐ EwaTFT
- ☐ Ola
- ☐ **system rotacyjny**

Nr seryjny: P20180801315

Warunki użytkowania materaca z pompą.

Materac umieszczono pod pacjentem: płeć: ☒ M. ☐ K., masa ciała 110 kg, wzrost 180 cm, wiek 70 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☒ WRRO* ☐ I⁰ ☐ II⁰ ☐ III⁰ ☐ IV⁰,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 30 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn: nadal brak odleżyn

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☒ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): Podgórki Opolskie

Imię, Nazwisko, wypełniającego: _____

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: _____

Data wypełnienia ankiety: _____

Podpis: _____

Pieczęć:

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[X] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[X] bardzo dobra	[ ] bardzo dobra
[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra	[ ] dobra
[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna	[ ] dostateczna
[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba	[ ] słaba
[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna	[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

5. Ocena dostępności kontaktu z pracownikami firmy oraz jakości ich obsługi.

[ ] bardzo dobra
[ ] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Rozpoznawalność marki firmy:

[ ] bardzo dobra
[X] dobra
[ ] dostateczna
[ ] słaba
[ ] niedostateczna

Uzasadnienie:

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [X] Nie	[ ] Tak [ ] Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

[X] **Tak** [ ] **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): Podgórniak Grażyna

Imię, Nazwisko, wypełniającego:

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej:

Data wypełnienia ankiety:

Podpis:

Pieczęć:

DZIĘKUJEMY – REVITA

30. 12. 2020

10 Szpital Wojskowy w Wałczu

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 90 kg, wzrost 180 cm, wiek 22 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 10 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☑ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:
Nie wystąpiły odleżyny u pacjenta podczas użytkowania.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: Materac bardzo dobry w użytkowaniu. Stosowany był w łóżku ze zmienną wysokością. Ze względów na jego wysokość w odniesieniu do wysokości łóżka jest niepraktyczny w oddziale ortopedii, odnosząc do użytkowników materaca.

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☑ Nie	☐ Tak ☑ Nie	☐ Tak ☑ Nie	☐ Tak ☑ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych: _____

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☑ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej: 107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Wałczu

Data wypełnienia ankiety: mgr Katarzyna Trawińska

Podpis: 2600817P

Pieczęć:

107 Szpital Wojskowy z Przychodnią
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
78-600 Wałcz, ul. Kołobrzeska 44,
Numer w Księdze Rejestrowej I-V-VII-VIII:
000000018563 - 01 - 073 - 4580
107 Szpital Wojskowy
Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej
NIP: 765-14-95-874 REGON: 570944566

30.12.2020 Szpital Wojskowy w Warszawie

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

(*NRRO = brak odleżyny, niskie ryzyko rozwoju, WRRO = brak odleżyny, 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 odleżyn:

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

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____
_____
_____
_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____
_____
_____
_____

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: materac nie był testowany na oddziale ortopedii. ze względu na częstą rotacje pacjentów, co utrudnia zakładanie i ponowne ubieranie pokrowca

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☑ Nie	☐ Tak ☑ Nie	☐ Tak ☑ Nie	☐ Tak ☑ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

REKOMENDUJĘ WYTWÓRCĘ I PRODUKT JAKO GODNE POLECENIA

☑ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa klienta (instytucji): 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej 78-600 Wałcz, ul. Kołobrzeska 44, Numer w Księdze Rejestrowej I-V-VII-VIII: 0000000018563 - 01 - 073 - 4580 107 Szpital Wojskowy Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej NIP: 765-14-95-874 REGON: 570544566

Imię, Nazwisko, wypełniającego: Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej 107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Wałczu

Funkcja w zakładzie opieki zdrowotnej:

Data wypełnienia ankiety:

Podpis: *mgr Katarzyna Trawińska* 2600817

Pieczęć:

30.12.2020

107 Szpital Wojskowy w Warszawie

REVITA - FR-P10-001 v.2019.06

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 85 kg, wzrost 168 cm, wiek 76 l.

Odleżyna: ☐ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 6 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☑ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:
Nie wystąpiły odleżyny u pacjenta podczas użytkowania.

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie
bardzo dobra ocena

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: Materac bardzo dobry w użytkowaniu - chętnie stosowany na oddziale ortopedii

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☑ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☑ Nie	☐ Tak ☑ Nie	☐ Tak ☑ Nie	☐ Tak ☑ Nie

Opis objawów i ujawnionych cech niepożądanych:

107 Szpital Wojskowy z Przychodnią
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
78-600 Wałcz, ul. Kołobrzeska 44,
Numer w Księdze Rejestrowej I-V-VII-VIII:
000000018563 - 01 - 073 - 4580
107 Szpital Wojskowy
Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej
NIP: 765-14-95-874 REGON: 570544566

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:

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału
Chirurgii Urazowo Ortopedycznej
107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią
SP ZOZ w Wałczu
mgr Katarzyna Prawińska
2600817P

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału
Chirurgii Urazowo Ortopedycznej
107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią
SP ZOZ
mgr Katarzyna Prawińska
2600817P

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 92 kg, wzrost 166 cm, wiek 80 l.

Odleżyna: ☒ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 16 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____

_____

_____

_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____

DZIĘKUJEMY – REVITA

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ 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: 16.09.2021

Podpis: _____

Pieczęć:

NZOZ [illegible] WSCHOWIE
Spółka z o.o.
67-400 Wschowa, ul. Ks. A. Kostki 33
NIP: 8522486170 REGON: 320233950
KRS: 0000244434
tel: 65 540 27 61, fax: 65 540 27 63

Kierownik Działu
Administracyjno-Gospodarczego
Teresa [illegible]

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 90 kg, wzrost 165 cm, wiek 75 l.

Odleżyna: ☒ NRRO* ☐ WRRO* ☐ I^0 ☐ II^0 ☐ III^0 ☐ IV^0,

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

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

Czas ciągłego stosowania systemu przez pacjenta 17 dni.

Wyniki oceny

1. Obiektywna ocena skuteczności terapeutycznej materaca z pompą pod kątem ilości i stopnia odleżyn:

stan odleżyny w trakcie użytkowania materaca pozostał: ☒ bez zmian ☐ pogorszył się ☐ poprawił się

Informacje dotyczące zmian w stanie odleżyn:

_____
_____
_____
_____

2. Subiektywna ocena skuteczności profilaktycznej i terapeutycznej:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☒ dobra	☒ dobra	☒ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie

_____
_____
_____
_____

3. Praktyczna ocena wyrobu:

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☑ dobra	☑ dobra	☑ dobra	☑ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna

Uzasadnienie: _____

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

Materac	Pompa	Pokrowiec	Łatwoślizg (opcja)
☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☒ bardzo dobra	☐ bardzo dobra
☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra	☐ dobra
☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna	☐ dostateczna
☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba	☐ słaba
☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ niedostateczna	☐ 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)
☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☒ Nie	☐ Tak ☐ 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: 16.02.2021

Podpis: _____

Pieczęć:

NOWY SZPITAL we WSCHOWIE
Spółka z o.o.
67-400 Wschowa, ul. Ks. A. Kostki 33
NIP: 6922486170 REGON: 320233950
KRS: 0000244434
tel: 65 540 27 01, fax: 65 540 27 03

Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego
Teresa Tyczyńska