

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA
DISPOSITIVOS Y OTROS

Nombre de la Institución: Caja de Seguro Social
Unidad Ejecutora: Hospital Dr. Manuel A. Guerrero
Nombre del Director o Jefe de la Institución: Milton Alvear
Nombre del Jefe del Servicio: Jaime Jaspe
Nivel de Atención: Nivel III: Hospitales de Especialidades, Institutos
Clasificación de Nivel de Riesgo: C - Riesgo Alto moderado. Ventilador pulmonar, implantes ortopedicos
Subcomité: MÉDICO QUIRÚRGICO
Tipo de Producto: Combinados
Nombre Genérico: Inmovilizador de Miembro Inferior y Superior

Descripción del Producto:

Inmovilizador Ortopédico, lavable, respirable, libre de látex para ser utilizado en lesiones musculo- esquelético

Especificaciones Técnicas

1. Superficie Externa de polímero endurecido y recubierto de una espuma interna biocompatible que proporciona amortiguación contra el polímero exterior
2. Espacios huecos en toda la extensión del inmovilizador que permiten la circulación del aire y la evaporación del sudor o agua de la superficie de la piel.
3. Lavable
4. Libre de látex
5. Rapida Aplicación
6. Sistema de radiolucencia que no interfiera con imágenes diagnósticas

Fecha de Expiración:

Presentación: Unitario

Certificación de Pre-Homologación por el Jefe de Servicio (sólo para equipos médicos)

Nombre de los especialistas e Instituciones participantes:

Fecha:

Lugar:

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio:

Observaciones

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA
DISPOSITIVOS Y OTROS

Empaque individual, certificaciones de calidad (ISO, CE,)

Extremidades inferiores:

a. Inmovilizador para extremidades inferiores y lesiones de tejidos blandos de pierna corta en XXS,XS,S,M,L,XL.

Extremidades Superiores

a. Inmovilizador de Brazo corto en XS,S,M,L,XL

b. Inmovilizador de brazo completo XXS,XS,S,M,L,XL

c. Inmovilizador para pulgar S,M,L

d. Inmovilizador en metacarpianos y falange del dedo meñique y anular S,M,L,XL

e. Inmovilizador en metacarpianos y falange del dedo índice y medio en S,M,L,XL

f. Inmovilizador pre y post operatorio y de periodo de rehabilitación de 3 a 15 pulgadas, de 4 a 18 pulgadas y 5 a 18 pulgadas

Accesorios:

Luz portátil de alta intensidad, de color azul, recargable, de 20-30mW/cm2, batería de li-ion de 3.7v / 2000 mAh que cuente con batería de carga de aprox. 120min-2h., que incluya lentes protectores.

Correo: jjaspe@css.gob.pa

Teléfono: 6612-9158

Nombre Legible y Firma del Director o Jefe de Institución

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio

Fecha de Solicitud