

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



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

Nombre de la Institución: Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Unidad Ejecutora: HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
Nombre del Director o Jefe de la Institución: Dr. Paul Gallardo
Nombre del Jefe del Servicio: Dra. Sonia Vargas
Nivel de Atención: Nivel II: Hospitales Generales, Policlinicas Especializada, Policentro Especializado
Clasificación de Nivel de Riesgo: C - Riesgo Alto moderado. Ventilador pulmonar, implantes ortopedicos
Subcomité: MÉDICO QUIRÚRGICO
Tipo de Producto: Material
Nombre Genérico: KIT DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS

Descripción del Producto:

Para Hemodializar al paciente

Especificaciones Técnicas

1. Catéter
 - 1.1. De doble lumen
 - 1.2. Entre 6.5Fr a 14Fr de diámetro
 - 1.3. Poliuretano
 - 1.4. Radiopaco
 - 1.5. Recto o curvo
 - 1.6. Longitud entre 13cm y 20cm
2. Aguja introductora entre 17 GA y 20 GA
3. Jeringuilla
4. Alambre guía
 - 4.1. Diámetro entre 0.021", 0.025", 0.035" o 0.038"
 - 4.2. Longitud entre 50cm y 70cm
5. Dilatador entre 7Fr, 9Fr, 10Fr, 12Fr y 14Fr
6. Tapón de inyección
7. Vendaje
8. Bisturí
9. Estéril
10. De un solo uso

Fecha de Expiración:

Presentación: UNIDAD

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

MINISTERIO DE SALUD

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



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

Nombre de los especialistas e Instituciones participantes:

Fecha:

Lugar:

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio:

Observaciones

La unidad solicitante especificará la longitud, el diámetro y forma el catéter que requiera

1. Empaque Individual
2. Fecha de vencimiento y número de lote, país de origen visible
3. Cumplir con los estándares internacionales de aseguramiento de la calidad y la comercialización.

Correo: sisavargas@ hotmail.com

Teléfono: 512-9801

Nombre Legible y Firma del Director o Jefe
de Institución

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio

Fecha de Solicitud