FICHE D'EVALUATION NEOCARE

1 - L'utilisateur :

1.1 Nom : _____

1.2 Spécialité : _____

1.3 Établissement : _____

1.4 Code Postal : _____

1.5 Ville : _____

2 - Le produit utilisé :

2.1 Référence : _____

2.2 Date de l'essai : _____

2.3 Indication thérapeutique : _____

3 - Évaluation :

		++	+	-	--
3.1	Qualité de vision de l'hystéroscope				
3.2	Qualité du flux (irrigation et aspiration)				
3.3	Ergonomie (préhension, impost de lumière, robinets d'irrigation)				
3.4	Efficacité des instruments				
3.5	Qualité de la coupe				
3.6	Sécurité bipolaire				
3.7	Complétude du set (instruments froids et électrodes bipolaires)				

4 - Commentaires / attentes / remarques :

	Nom	Date	Signature
Rédigé par			

delmont imaging
Athélia V - 390, Av. du Mistral - 13600 La Ciotat
Tel. : +33(0) 9 51 51 30 30 - fax : +33(0) 9 57 51 31 00
www.delmont-imaging.com - contact@delmont-imaging.com
SAS au capital de 237 200 euros - RCS Marseille 817 710 411 - N° de TVA Intracommunautaire : FR 81 817 710 411

Document non contractuel - Réf. D900 700 121 A FR - 10/2020- Copyright© 2017 DELMONT IMAGING. Tous droits réservés. Aucune information ou partie de ce document ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit sans la permission préalable de DELMONT IMAGING.