

Section 1 – Renseignements sur la clinique

Nom de la clinique		Numéro de la clinique
Personne-ressource		
Téléphone au travail	poste	Adresse de courriel

Section 2 – Renseignements sur l'évaluateur

Date du début de l'évaluation du produit (aaaa/mm/jj)	Date de la fin de l'évaluation du produit (aaaa/mm/jj)
Nom de l'évaluateur	Titre professionnel
Nom de l'évaluateur	Titre professionnel

Section 3 – Renseignements sur le système de ventilation spontanée avec pression expiratoire positive

Fabricant	Description de l'appareil (marque et modèle)
Personne-ressource du fabricant	Téléphone au bureau
	poste

Section 4 – Évaluation : Évaluation clinique

Veuillez remplir les sections ci-dessous :

Décrivez le protocole utilisé pour effectuer une évaluation clinique du matériel

Indiquez les circonstances qui exigeraient d'utiliser cet appareil

Décrivez l'efficacité de cet appareil pour le traitement du trouble indiqué ci-dessus

Évaluez la réponse du client à cet appareil en utilisant l'échelle suivante :

1 (médiocre) à 10 (excellente)

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires ou recommandations pour le fabricant

Section 5 – Évaluation : Rendement et sécurité

L'interrupteur de marche/arrêt est-il facile d'accès pour l'utilisateur?

Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer

Le bouton de sélection de la pression (le cas échéant) est-il facile d'accès pour l'utilisateur?

Oui Non

Dans l'affirmative, comment le fabricant règle-t-il ce point?

Y a-t-il des bords coupants ou des protubérances?

Oui Non

Dans l'affirmative, comment le fabricant règle-t-il ce point?

Y a-t-il des valves (le cas échéant) conçues pour être assemblées d'une seule façon?

Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer

La plage des pressions est-elle acceptable?

Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer

L'appareil fournit-il la pression et le débit indiqués?

Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer

Commentaires et recommandations pour le fabricant

Section 6 – Évaluation : Durabilité et fiabilité

Soufflante (VSPEP/PEPA/PEPDN)

Évaluez la réponse du client à cet appareil en utilisant l'échelle suivante:

1 (médiocre) à 10 (excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si la réponse est inférieure à 5, veuillez fournir une explication

Masque nasal

Évaluez la réponse du client à cet appareil en utilisant l'échelle suivante:

1 (médiocre) à 10 (excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si la réponse est inférieure à 5, veuillez fournir une explication

Casque

Évaluez la réponse du client à cet appareil en utilisant l'échelle suivante:

1 (médiocre) à 10 (excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si la réponse est inférieure à 5, veuillez fournir une explication

Tube ondulé

Évaluez la réponse du client à cet appareil en utilisant l'échelle suivante:

1 (médiocre) à 10 (excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si la réponse est inférieure à 5, veuillez fournir une explication

Pression/Sans réinspiration

Évaluez la réponse du client à cet appareil en utilisant l'échelle suivante:

1 (médiocre) à 10 (excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si la réponse est inférieure à 5, veuillez fournir une explication

Adaptateurs de pression/Entraînement de l'oxygène

Évaluez la réponse du client à cet appareil en utilisant l'échelle suivante:

1 (médiocre) à 10 (excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si la réponse est inférieure à 5, veuillez fournir une explication

Autre

Évaluez la réponse du client à cet appareil en utilisant l'échelle suivante:

1 (médiocre) à 10 (excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si la réponse est inférieure à 5, veuillez fournir une explication

Y a-t-il eu un bris ou un mauvais fonctionnement d'un élément pendant la période d'évaluation?

Oui Non

Dans l'affirmative, comment le fabricant règle-t-il ce point?

Commentaires et recommandations pour le fabricant

Section 7 – Conclusion

L'appareil répondrait aux besoins de vos patients.

Oui Non

Le prix de cet appareil se compare-t-il à celui de la technologie existante?

Oui Non

Commentaires

Indiquez les progrès technologiques inclus dans cet appareil

Décrivez les avantages pour le patient ou client

Appareils à but équivalent

Nom de l'équivalent

Prix de l'équivalent (s'il est connu)

Renseignements sur l'évaluateur

Nom de l'évaluateur

Titre

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Ce formulaire a pour but de recenser les produits susceptibles de bénéficier de financement du PAAF. Il ne constitue pas une approbation du produit. Veuillez renvoyer le formulaire rempli à : Programme des appareils et accessoires fonctionnels, 5700 rue Yonge, 7^e étage, Toronto ON M2M 4K5
Aux soins de : Coordonnateur de programme, Appareils respiratoires