
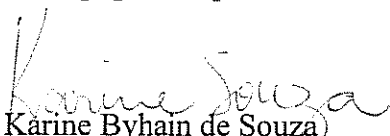
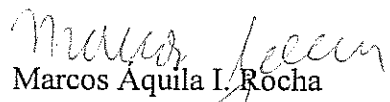


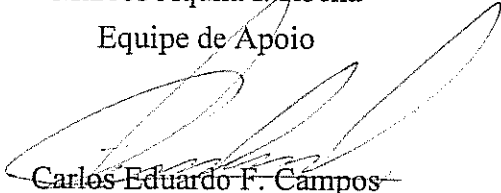
ATA N.º 086/2013


Aos trinta dias do mês de setembro do ano de dois mil e trezes, às dez horas, na sala de licitação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (UNIOESTE/HUOP), situada à Rua Tancredo Neves, 3224 – Bairro Santo Onofre – Cascavel, Estado do Paraná, reuniu-se a comissão de licitação instituída pela Portaria n.º 5425/2012-GRE, a qual foi designada para a realização da licitação de **PREGÃO ELETRÔNICO**, sob a forma de julgamento **MENOR PREÇO, POR LOTE, Registro de Preços para futura e eventual aquisição de Bomba infusora de seringa para uso no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP**. Pregão Eletrônico n.º 009/2013, Processo n.º 000539/2013. Participaram dessa licitação: Karine Byhain Souza, pregoeira, Marcos Áquila I. Rocha, Carlos Eduardo F. Campos e Leticia Gomes Pasa, equipe de apoio e, ainda, Priscila Conde Bogo designada para realizar as avaliações técnicas. Em seguida, a pregoeira iniciou a sessão comunicando a todos que o objetivo da reunião é a análise da equipe técnica da Bomba de Infusão de Seringa. **Lote I** – A empresa Pró-Vida Comércio De Equipamentos Ltda. foi classificada, com algumas considerações, conforme laudo em anexo. A Pregoeira declarou que a empresa Pró-Vida Comércio De Equipamentos Ltda. encontrava-se habilitada. A sessão foi encerrada às onze horas. Sem mais nada a tratar, foi lavrada a ata que será assinada por mim, Leticia Gomes Pasa, e pelos presentes.


Leticia Gomes Pasa
Equipe de Apoio


Karine Byhain de Souza
Pregoeira


Marcos Aquila I. Rocha
Equipe de Apoio


Carlos Eduardo F. Campos
Equipe de Apoio


Priscila C. Bogo
Equipe Técnica



Hospital Universitário do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Processo nº 000539/2013

Pregão Eletrônico 009/2013 – UNIOESTE — HUOP



unioeste
Hospital Universitário do Oeste do Paraná

ANEXO XVI



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE BOMBAS DE INFUSÃO DE
SERINGA – ST6000

Considerando as necessidades do setor e dos pacientes, avalie o desempenho das funções abaixo elencadas de acordo com a escala proposta:
I – Inadequado (0p.); A – Adequado (1p.); Justifique o motivo de inadequação.

FUNÇÃO	Ex:	Relevância da informação	Con ceito	Justificativa
1. Vazão		Padrão de referência: Deve possuir vazão programável mínima de 0,1 a 99,9 ml/h.	A	0,1 a 999,9 ml/h
2. Limites de pressão em psi	Informa: (X) sim () não Baixa: _____ Média: _____ Alta: _____	Padrão de referência: Ao menos três níveis de pressão de oclusão. Justificativa: Permite avaliar a compatibilidade com cateteres específicos como PICCs neonatais	A	Permite programação de níveis de pressão entre 150 a 600 mmHg. Adequado ao nível de pressão máximo tolerável pelos PICCs de 750 mmHg.
3. Seringas:	Compatível com: 5ml (X) nº de marcas: 8 10ml (X) nº de marcas: 10 20 ml (X) nº de marcas: 9 50ml/ 60ml (X) nº de marcas: 7	Padrão de referência: Compatível com o uso de seringas de: 10, 20, 50/60ml	*	Equipamento não apresentou funcionamento satisfatório com seringa de 10ml, marca BD modelo Plastipack Iuer slip, 50% (10) das infusões apresentaram falha, 6 delas necessitaram de troca de equipamento. Contatado o representante do

21/07



Hospital Universitário do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Processo nº 000539/2013

Pregão Eletrônico 009/2013 – UNIOESTE — HUOP

					<i>produto que orientou o uso das seringas luer lock, como descrito no manual p.28. No entanto, nosso estoque não foi suficiente para realização de todas as infusões com o padrão de seringa recomendado, das infusões realizadas, infusão satisfatória.</i>
4. Programação		a) Volume x tempo (X) sim () não b) Volume x vazão: (X) sim () não c) Substâncias viscosas podem causar imprecisões na exatidão do equipamento: () sim (X) não	Padrão de referência: Programação mínima de ajuste de infusão através das informações volume x tempo x vazão, que possibilite a programação com duas destas variáveis e cálculo automático da terceira. Atenção: O equipamento seguro não deve sofrer interferência da gravidade, viscosidade de soluções.	A	Não foram observadas infusões cuja viscosidade do produto afetasse o desempenho do equipamento. O equipamento oferece além das programações mínimas, a possibilidade de infusão por Peso X Concentração X Dose .
5. Funções especiais		a) Stand By (X) sim () não. Se sim, há perda de registro ao acioná-la? () sim (X) não b) Bolus (X) sim () não c) KVO (X) sim () não c) Titulação (X) sim () não d) Outras: Caso sim, quais? _____	Padrão de referência: Deve permitir STAND BY, ou seja, pausa sem perda do registro. Deve possuir as funções de bolus, KVO e titulação.	A	
5. KVO		Ajustável (X) sim () não Caso sim, limites: Max 5 ml/h Min 0,1 ml/h Fixo em _____		A	

[Handwritten signature]



Hospital Universitário do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Processo nº 000539/2013

Pregão Eletrônico 009/2013 – UNIOESTE — HUOP

7.	Display	a) Leitura difícil ou ambígua () b) Leitura fácil (X) c) Informações contidas na tela principal: 1. Vazão ml/h (X) sim () não d) Informações passíveis de acesso: 1. Volume infundido (X) sim () não 2. Tempo total programado (X) sim () não 3. Tempo decrescente (X) sim () não 4. Outra: _____	Display de fácil leitura com informação constante da velocidade de infusão em ml/h, e recurso para exibição da contagem do tempo, do volume total programado e do volume infundido.	A	Informações da tela principal: vazão, volume total, volume infundido, tempo total e tempo de infusão.
8.	Desvio da vazão	A infusão é precisa? () sim (X) não Vol. em ml no display da BI: _____ Vol. medido: _____ Acima de 5%? (X) sim () não		A	Embora tenham sido observadas 7 (19,4%) infusões com desvio de vazão, as ocorrências se deram em seringas de 10 ml, luer slip, marca BD Plastipack, que fora indicada como não-adequada pelo fabricante.
9.	Precisão	Precisão da vazão infundida: _____% Precisão do volume infundido: _____% Precisão do tempo de infusão: _____%	Padrão de referência: bomba não deve ter erro superior a 5% da infusão programada.	*	Os desvios de volume infundido observados variaram de 1,8 até 60%, porém, como explicitado no item acima, há a possibilidade destes desvios serem decorrentes do uso inadequado das seringas.
10.	Pré-alarmes	Fim de infusão: (X) sim () não Fim de bateria: (X) sim () não Outros: _____	Padrão de referência: Pré-alarque de fim de infusão e fim de bateria.	A	



Hospital Universitário do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Processo nº 000539/2013

Pregão Eletrônico 009/2013 – UNIOESTE — HUOP

11	Alarmes visuais e sonoros	a) aumento de pressão ou oclusão na infusão (X) b) Erro da posição / fixação / programação da seringa (X) c) Fim de infusão/volume atingido(X) d) Bateria descarregada (X) e) outros: _____	Padrão de referência: Alarmes sonoros e visuais de: aumento de pressão ou oclusão na infusão, erro da posição/ fixação/programação da seringa, alarme de fim de infusão/volume atingido, bateria descarregada. Deve possuir os seguintes pré-alarmes: Pré-alarme de fim de infusão/volume atingido e de bateria em nível crítico	A	
12	Seleção de nível de alarme sonoro	(X) sim () não	Padrão de referência: Os alarmes sonoros deverão ter controle de volume ajustável, evitando assim poluição sonora em alguns ambientes.	A	Possui 3 níveis de volume de alarme.
13	Bateria	Tempo de autonomia: ____h Tempo para recarga: ____h	Padrão de referência: Possuir bateria com autonomia mínima de 120 minutos de funcionamento e recarregável.	A	Tempo de autonomia de 10h a 5ml/h (manual) Recarga em 10h (manual)
14	Peso	____ Kg	Padrão de referência: Peso inferior a 3,1 kg Justificativa: Menor peso é considerado vantajoso pois é menos carga de trabalho para os funcionários	A	Peso de aproximadamente 1,8 Kg
15	Registro ANVISA	Vigente: (X) sim () não Nº 10188530031	Exigência legal	A	Válido até 26/12/2016. Não constam alertas de Tecnovigilância sob este registro.
16	Manual	a) instruções de uso do produto em português claras e de fácil compreensão para o usuário*(X) b) de difícil compreensão Para o usuário () c) Lista de marca de seringas pré-	Exigência legal	A	

Handwritten signature and initials.



Hospital Universitário do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Processo nº 000539/2013

Pregão Eletrônico 009/2013 – UNIOESTE — HUOP

		aprovadas para uso no equipamento? (X) sim () não			
17	Outras características:	Nada a constar	Nada a constar		Nada a constar
18	Parecer final	Favorável ()	Desfavorável ()	Favorável com ponderações (X)	
19	Justificativa:	Equipamento atende aos requisitos mínimos necessários, no entanto em dois itens (9 e 3) a avaliação foi prejudicada pela falta de insumos adequados aos testes. Tendo em vista, o atendimento dos demais itens de avaliação satisfatoriamente, e que o equipamento não possui registros de desvio de qualidade no âmbito da Tecnovigilância; solicitamos se possível, a aprovação do produto para compra, e nos comprometemos a manter uma observação apurada do seu funcionamento no primeiro trimestre de contrato.			

* Usuário = profissional que utiliza a bomba a beira do leito do paciente

Assinatura dos avaliadores:

[Assinatura] COREN: 153041

COREN:

COREN:

[Assinatura]