

i-gel
Usage Unique

Référence du produit: _____

Etablissement et service testeur: _____

Patient: Age: _____ ans Poids: _____ Kg Taille: _____ cm

Très Satisfaisant Satisfaisant Peu Satisfaisant

1. Conception

Conditionnement

Labelling

2. Utilisation

Facilité d'insertion

Stabilité du dispositif

Étanchéité du bourrelet

Conception et utilisation du canal gastrique

Niveau de sécurité quant à l'obstruction de l'orifice distal par l'épiglotte

Diamètre, rigidité et transparence du tube

Repère de positionnement sur le raccord 15mm

Niveau de satisfaction par rapport aux autres DM Supralaryngés

Dans le cadre de l'intubation difficile, possibilité d'introduction d'une sonde d'IOT à travers le dispositif

3. Ergonomie, confort

Tolérance par le patient

Lisibilité des informations essentielles (taille, poids...) sur le haut du tube

Qualité et forme ergonomique du bourrelet

Tailles proposées dans la gamme

Qualité de la conception en terme de manipulation et d'hygiène

Commentaires:

Souhaitez-vous utiliser ce produit dans votre service ?

Date et signature