

CO₂ アバーバー

当社製品の安全性と性能を確保するため、AirLife®はお客様からのご意見をお待ちしております。

製品の使用後に評価フォームに記入してください。

日付 _____

施設/病院 _____

氏名 + 役職 _____

部門 _____



同意レベル

(各記述につき1つ丸を付けてください)

キャニスターは装置にしっかりと取り付けられ、リークテストに合格しましたか？

はい いいえ

その期間は現在の製品と同等か、それよりも優れていましたか？

はい いいえ

吸収剤は臨床的に許容できますか？

はい いいえ

その他のコメント：
