

MODULO SEGNALAZIONE RECLAMO

(Circolare Ministero della Salute, luglio 2004, in riferimento al D.Lgs. n. 46 del 1997)

RECLAMO "INCONVENIENTE" DA DISPOSITIVO MEDICO NON CONFORME NELL'UTILIZZO

Nome commerciale del Dispositivo Medico* _____

REF.* _____ FABBRICANTE* _____ FORNITORE _____

Lotto* _____ N° di Serie* (se presente) _____ Scadenza _____

CODICE aziendale (Cepas)* _____

Data dell'evento: _____

<p>Descrizione dell'evento</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>N° di pezzi coinvolti:</p> <p>Altre informazioni ritenute rilevanti</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

Data della segnalazione _____

Reparto _____

Persona di riferimento* _____ tel. _____

e-mail _____

Firma _____

N.B. Il modulo debitamente compilato deve essere inviato per via e-mail o per fax alla

Farmacia Ospedaliera di riferimento

Nota: * campi obbligatori