

Formularz zgłoszenia incydentu medycznego

DOTYCZY WYROBU MEDYCZNEGO (nazwa wyrobu):

DATA ZGŁOSZENIA:

NR ZGŁOSZENIA*:

*(wypełnia SALVUM LAB)

INFORMACJE O WYROBIE

Numer(-y) seryjny(-e) i/lub numer(-y) serii/partii:

Data ważności:

INFORMACJE O PACJENCIE I INCYDENCIE

INICJAŁY PACJENTA	WIEK (w chwili wystąpienia incydentu)	PŁEĆ	DATA WYSTĄPIENIA INCYDENTU	MIEJSCE WYSTĄPIENIA INCYDENTU

Opis incydentu:

Skutki dla pacjenta:

Podjęte działania zaradcze/lecnicze związane z opieką nad pacjentem:

Liczba pacjentów, których dotknął incydent:

Liczba wyrobów, których dotyczył incydent:

DANE ZGŁASZAJĄCEGO

**IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA
FIRMY/Pacjent/Użytkownik/Lekarz/Farmaceuta/Opiekun
/Świadczeniodawca/Dystrybutor/ Importer/Inny
(jaki)?.....**

**DANE KONTAKTOWE (Nr telefonu/adres/
e-mail/inne)**

Prosimy o odesłanie wypełnionego formularza na **adres e-mail: biuro@salvum.pl** lub pocztą tradycyjną **na adres: Salvum LAB K.Kowaleczko, A.Lewandowski, D.Lewandowski, S.Zawadzki Sp. k. ul. Jana Sobieskiego 53, 58-500 Jelenia Góra**