

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale - 9^a legislatura**1409****6 SET. 2011**

pag. 1/2

**ALLEGATO A3 Dgr n.****del**

SEGNALAZIONE DI RECLAMO al referente Aziendale della Vigilanza sui DM da parte degli operatori sanitari

A) Dati del Compilatore

Cognome e nome:

Qualifica:

Reparto

Telefono

Fax

e-mail

B) Dati relativi al dispositivo medico

Fabbricante (nome, ragione sociale e indirizzo)	
Distributore (nome, ragione sociale e indirizzo)	
Nome commerciale	
Descrizione del dispositivo medico	
Codice Classificazione unica nazionale dispositivi medici (CND)	
Codice numerico che contraddistingue il dispositivo nella banca dati del Ministero della Salute	
N. codice del dispositivo assegnato dal fabbricante (REF)	
Numero di lotto o di serie	
Data di scadenza	
Anagrafica AULSS (codice/descrizione interna)	

1 Secondo il Decreto Legislativo 37/2010 per reclamo si intende "ogni altro inconveniente che, pur non integrando le caratteristiche dell'incidente, possa consentire l'adozione delle misure atte a garantire la protezione e la salute dei pazienti e degli utilizzatori"



B) Dati relativi all'evento

Il dispositivo è stato utilizzato?

Sì

No

Motivo per il quale è stato utilizzato (o si intendeva utilizzare) il dispositivo:

Specificare le motivazioni del reclamo¹:

numero di pezzi coinvolti:

Altre informazioni ritenute rilevanti:

Data di compilazione del presente rapporto: _____

Firma: _____

N.B. per eventuali supporti alla compilazione, contattare il Referente per la vigilanza sui dispositivi medici di riferimento.

¹ Secondo il Decreto Legislativo 37/2010 per reclamo si intende "ogni altro inconveniente che, pur non integrando le caratteristiche dell'incidente, possa consentire l'adozione delle misure atte a garantire la protezione e la salute dei pazienti e degli utilizzatori".