

فرم ب: ویژه مصرف کنندگان وسایل پزشکی (بیماران یا مراکز درمانی یا سایر افراد)

۱- مشخصات محصول						
نام وسیله *						
کد UMDNS						
کلاس خطر وسیله						
نام تجاری *						
مدل *						
شماره کاتالوگ						
سری ساخت * (Serial number/Lot number/batch number)						
تاریخ تولید *		تاریخ خرید		تاریخ انقضا *		
تاریخ نصب و راه اندازی *		تاریخ انقضا *		تاریخ خرید کالا *		
۲- مرجع خرید کالا * ☐ تولید کننده خارجی ☐ نماینده تولید کننده خارجی ☐ تولید کننده داخلی ☐ نماینده تولید کننده داخلی ☐ توزیع کننده ☐ سایر.....(مانند داروخانه، اصناف، (...						
مشخصات مرجع خرید	تولید کننده خارجی	نماینده تولید کننده خارجی	تولید کننده داخلی	نماینده تولید کننده داخلی	توزیع کننده	سایر
نام شرکت *						
کد شناسه						
آدرس						
تلفن						
پست الکترونیکی						
فاکس						
مشخصات فرد پاسخگو *						
۳- اطلاعات مربوط به حادثه						
شرح حادثه *						
نتایج و سوابق مربوط به حادثه *						
آیا محصول/برچسب وسیله جهت بازرسی در دسترس می باشد؟						

بله ☐ خیر ☐		
تاریخ اطلاع به سازنده (روز/ماه/سال)	/..../....	تاریخ وقوع حادثه ناگوار (روز/ماه/سال)
تاریخ گزارش (روز/ماه/سال)	/..../....	/..../....
۴- مشخصات فرد گزارش کننده		
نام و نام خانوادگی *		
سمت *		
آدرس *		
تلفن تماس *	نمبر	
پست الکترونیکی		
توضیحات		
آیا تمایل دارید اطلاعات شما محرمانه بماند؟		
بله ☐ خیر ☐		
مشخصات و امضاء تکمیل کننده فرم		

* تکمیل اطلاعاتی که با علامت * مشخص شده اند، ضروری است.

* لازم به ذکر است که تکمیل این فرم الزاماً به معنای قصور یا دخالت کادر درمانی، مرکز درمانی، شرکت سازنده، شرکت نماینده/توزیع کننده در وقوع حادثه گزارش شده نمی باشد.