

FORMULÁŘ PRO HLÁŠENÍ REKLAMACÍ

Tato zpráva musí být předložena **A.M.I. – Analytical Medical Instruments, s. r. o.**
skenen nebo PDF s el. podpisem: **Letohradská 3/369**
170 00, Praha 7
reklamace@amimedical.cz

* HODÍCÍ SE VARIANTU ZAŠKRTNĚTE:

Druh události/případu: Reklamace

Zjištění reklamace: Před použitím Během používání Po použití

A) Administrativní informace:

A1. *Název a adresa společnosti /nemocnice předkládající tuto zprávu:*

A2. *Jméno kontaktní osoby:* _____

A3. *Telefon:* _____

A4. *E-mail:* _____

B) Informace o dotčeném zdravotnickém prostředku (ZP):

B1. *Typ ZP:* Spotřební materiál Technika

B2. *Název:* _____

B3. *Kód modelu (REF):* _____

B4. *Dotčené množství:* _____

B5. *Sériové číslo / LOT číslo:* _____

C) Detaily reklamace:

C1. *Datum incidentu:* _____

C2. *Místo (oddělení) incidentu:* _____

C3. Popis incidentu: _____

C4. V době zjištění vady na ZP byl/a přítomen/přítomna:

Zdravotní sestra Lékař/ka

C5. Jméno zdravotní sestry/lékaře/ky: _____

C6. V době zjištění vady na ZP byl pacient připojen k:

Monitoru vitálních funkcí Anesteziologickému přístroji
Plicnímu ventilátoru Ohřevu Jiné

Při volbě „Jiné“ vypište: _____

C7. Seznámila se obsluha s návodem k použití a bylo dle něho postupováno?

ANO NE

C8. Jsou k dispozici vzorky vadného ZP, videa nebo fotografie?

ANO NE

POZNÁMKA:

Dotčený ZP by měl být vrácen distributorovi/dovozci pro účely analýzy. Použitý ZP musí být před odesláním dekontaminován a vhodně zabalen. Vezměte prosím na vědomí, že pokud vzorky nebo fotografie/video nejsou k dispozici, pravděpodobně nebude možné řádně prozkoumat nebo identifikovat hlavní příčinu.

Potvrzuji, že výše uvedené informace jsou podle mého nejlepšího vědomí správné.

V _____

Dne _____

Kontaktní osoba:

Podpis/ elektronický podpis/ razítko