

MODULO DI RECLAMO		
SEZIONE A CARICO DEL SEGNALATORE		
Segnalato dal Cliente/centro:	Nominativo:	In data:
MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE		
Merce ricevuta scaduta ☐	Confezione danneggiata ☐	
Quantità prodotto errata ☐	Prodotto nei pod trovato difettoso dall'utilizzatore ☐	
Incidente ☐	Incidente grave ☐	Ricovero del paziente ☐
Descrizione della segnalazione		
DISPOSITIVO MEDICO OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE		
Lotto:	Quantità dispositivi interessati:	
DA COMPILARSI SOLO IN CASO DI INCIDENTE DA PARTE DI UTILIZZATORE/CLIENTE (se noti)		
DETTAGLI DEL PAZIENTE OGGETTO DELL'INCIDENTE		
Nome:	Cognome:	
Telefono:	E-mail:	
DETTAGLI DEL MEDICO/OSPEDALE IN CONTATTO CON L'UTILIZZATORE/CLIENTE		
Nome:	Cognome:	
Ospedale:		
Telefono:	E-mail:	
DETTAGLI DELL'INCIDENTE E DELLO STATO DI SALUTE DEL PAZIENTE (se noti)		
Data inizio terapia:	Data ultima dose Plenity:	
Data Evento Avverso:	Data fine Evento Avverso:	
Stato di salute attuale dell'utilizzatore:		
Ulteriori dettagli:		
SEZIONE A CARICO DI THERAS LIFETECH SRL		
Ricevuto in data:	Registrato in MD_17 SI ☐ NO ☐	Nominativo/Firma