

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 نصب و راه اندازی*		
...../...../.....	/...../.....	/...../.....		
تاریخ انقضا*		تاریخ خرید		تاریخ نصب و راه اندازی*		
...../...../.....	/...../.....	/...../.....		
۲- مرجع خرید کالا*						
<input type="checkbox"/> تولید کننده خارجی <input type="checkbox"/> نماینده تولید کننده خارجی (...) <input type="checkbox"/> توزیع کننده <input type="checkbox"/> نماینده تولید کننده داخلی <input type="checkbox"/> 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 شناسانه						
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؟						

		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
...../...../.....	تاریخ وقوع حادثه ناگوار (روز/ماه/سال)/...../.....	تاریخ اطلاع به سازنده (روز/ماه/سال)
	/...../.....	تاریخ گزارش (روز/ماه/سال)
۴- مشخصات فرد گزارش کننده			
		نام و نام خانوادگی *	
		سمت *	
		آدرس *	
	نمبر	تلفن تماس *	
		پست الکترونیکی	
توضیحات			
آیا تمایل دارید اطلاعات شما محرمانه بماند؟			
		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> 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.