**

DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DEL SERVIZIO FARMACEUTICO

UFFICIO 5° – Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici

Viale G. Ribotta n. 5 – 00144 Roma

**Modulo per la segnalazione dei reclami da parte dell’operatore sanitario al Ministero della Salute**

Data di compilazione del reclamo ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI DELL’OPERATORE SANITARIO COMPILATORE DELL MODULO**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome |  |
| Qualifica |  |
| Regione |  |
| Struttura sanitaria di appartenenza |  |

**DATI RELATIVI AL DISPOSITIVO MEDICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Fabbricante |  |
| Mandatario (se disponibile) |  |
| Tipo di dispositivo (MD, IVD, AIMD) |  |
| CND |  |
| Numero progressivo di registrazione del dispositivo  presso il Ministero della Salute (se disponibile) |  |
| Codice del dispositivo del fabbricante (codice catalogo) |  |
| Nome commerciale del dispositivo |  |
| Numero di lotto o di serie |  |

Descrizione del reclamo …………………………………………………………………………….…….

………………………………………………………………………………………………………………..….

……………………………………………………………………………………………………………..…….

………………………………………………………………………………………………………………..….

………………………………………………………………………………………………………………..….

  Data nella quale è stata trasmessa la segnalazione del reclamo al fabbricante ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma ………………………………………………………………………………..