

Aide à la déclaration : Modèle de formulaire

Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration.

Vous êtes : USAGER

Vous souhaitez déclarer : MATERIOVIGILANCE

Vos informations personnelles	
Nom	
Prénom	
Téléphone	
Adresse électronique	
Adresse postale	
Code postal / Commune	
Êtes vous la personne ayant présenté les symptômes ?	
Veuillez préciser votre lien avec la personne	
Informations sur la personne concernée	
Nom (3 premières lettres)	
Sexe	
Date de naissance	
ou âge (réel ou estimé)	
Poids	
Dispositif médical impliqué / Autre matériel 1	
Type de dispositif	
Libellé commercial ou modèle	
Référence commerciale	
Version logicielle	
Fabricant : Nom	
Fabricant : Adresse	
Fournisseur : Nom	
Fournisseur : Adresse	
N°de lot	

N° de série	
Date de mise en service	
Date d'expiration	
Localisation actuelle du dispositif	
Date d'implantation	
Date d'explantation	
Date et lieu de survenue de l'incident	
Date de survenue	
Période de survenue	
Type de lieu de survenue	
Nom de l'établissement	
Adresse	
Code postal / Commune	
Service	
Personne à contacter	
Téléphone	
Si autre, préciser (nom de la structure, adresse, coordonnées de la personne à contacter)	
Description de l'incident	
Description de l'incident	
Nombre de dispositifs concernés	
Conséquences cliniques et état actuel du patient ou personne impliquée	
Autres informations	
Commentaires	
Joindre un document (exemples : photos, comptes-rendus, résultats d'analyses, ...)	

Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration.