

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 : REACTOVIGILANCE

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 impliquée / impactée	
Nom (3 premières lettres)	
Sexe	
Date de naissance	
ou âge (réel ou estimé)	
Poids	
Dispositif médical de diagnostic in vitro impliqué (DMDIV) 1	
Type de DMDIV	
Libellé commercial ou modèle	
Référence commerciale	
Fabricant : Nom	
Fabricant : Adresse	
Fournisseur : Nom	
Fournisseur : Adresse	
N°de lot	
N° de série	

Date de péremption	
Localisation actuelle du DMDIV	
Si autre, veuillez préciser	
Nombre de dispositifs concernés	
Date et lieu de survenue de l'incident	
Date de survenue de l'incident	
Date de détection de l'incident	
Type de lieu de survenue	
Nom de l'établissement	
Adresse	
Code postal / Commune	
Service	
Personne à contacter dans l'établissement	
Téléphone du contact	
Si autre, préciser (nom de la structure, adresse, coordonnées de la personne à contacter)	
Description de l'incident et de ses conséquences	
Description de l'incident	
Conséquences de l'incident sur la santé	
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.