**

DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DEL SERVIZIO FARMACEUTICO

UFFICIO 5 – Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici

UFFICIO 4 – Dispositivi medico diagnostici in vitro

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 Fare clic o toccare qui per immettere una data.

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Numero interno del reclamo

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

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

 **DATI RELATIVI AL DISPOSITIVO MEDICO** / **DISPOSITIVO MEDICO-DIAGNOSTICO IN VITRO**

|  |  |
| --- | --- |
| Fabbricante  |  |
| Mandatario (se disponibile)  |  |
| Tipo di dispositivo  |  Scegliere un elemento. |
| CND  |  |
| Numero progressivo di registrazione del dispositivo presso il Ministero della Salute (se disponibile)  |  |
| Classe del dispositivo(se disponibile)  | Scegliere un elemento. |
| Codice del dispositivo del fabbricante (codice catalogo) |  |
| Nome commerciale del dispositivo |  |
| Numero di lotto o di serie  |  |
| UDI-DI di base (se disponibile) |  |

 Descrizione del reclamo

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

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

 Fare clic o toccare qui per immettere una data.

 Firma …………………………………………………………………………