

Reklamationsblankett

Reklamerad produkt

Produktnamn:
Artikelnr/varunr:
Lotnr/serienr:
Maskin serienr:
Datum för händelsen:

Användare

Sjukhus:
Referens:
Avd/mott:
Tel:
Epost:

Är den reklamerade produkten sparad

Ja <input type="checkbox"/>	Antal: <input type="text"/>	Nej <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

Risk för smitta från (t ex blod, plasma eller annan kontakt): Se meddelande "riskhantering av potentiellt kontaminerade produkter"

Utförd behandling

HD <input type="checkbox"/>	CVVHDF <input type="checkbox"/>	HP <input type="checkbox"/>	Globaffin <input type="checkbox"/>	DALI <input type="checkbox"/>	Övrigt <input type="checkbox"/> Vänligen specificera:
HDF post <input type="checkbox"/>	HV-CVVH <input type="checkbox"/>	APD <input type="checkbox"/>	MONET <input type="checkbox"/>		
HDF pre <input type="checkbox"/>	CVVHD <input type="checkbox"/>	CAPD <input type="checkbox"/>	CVVHD Ci-Ca <input type="checkbox"/>		

Reklamationsorsak

Förpackning/Märkning <input type="checkbox"/>	Inre läckage <input type="checkbox"/>	Defekt komponent <input type="checkbox"/>	Övrigt fel <input type="checkbox"/>
Komponent saknas <input type="checkbox"/>	Yttre läckage <input type="checkbox"/>	Anslutningsproblem <input type="checkbox"/>	

Allvarlig patientreaktion (läkemedel)

→ Särskild "Adverse Event Report" måste fyllas i av läkare och omedelbart rapporteras till PVRP (reklamationsansvarig läkemedel)

Incident (medicinteknisk produkt)

→ Särskild "Incident Report Form" måste fyllas i av sjukvårdspersonal och omedelbart rapporteras till LSO (reklamationsansvarig medicinteknik)

Rapport till myndighet från kund

→ Vilken myndighet?

Blod- / plasmaförlust

VÄLJ MÄNGD:	
<input type="checkbox"/> ≤50 ml blod	<input type="checkbox"/> ≤75 ml plasma
<input type="checkbox"/> ≤200 ml blod	<input type="checkbox"/> ≤300 ml plasma
<input type="checkbox"/> ≤500 ml blod	<input type="checkbox"/> ≤650 ml plasma
<input type="checkbox"/> >500 ml blod	<input type="checkbox"/> >650 ml plasma
<input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Vet ej

Utförlig beskrivning av felet

Under vilken fas inträffade felet?

Under förberedelse <input type="checkbox"/>	Under behandling <input type="checkbox"/>	När: <input type="text"/>
Under avslutning <input type="checkbox"/>	Efter behandling <input type="checkbox"/>	När: <input type="text"/>

Namn _____

Datum _____

Fyll i blanketten och skicka den till: marknadsservice@freseniusmedicalcare.com