

Formulário de reclamação



Cateteres I.V. e arteriais de segurança automática CLiP® e SWITCH

Pretendemos garantir que todas as reclamações são processadas de acordo com o protocolo. Para podermos processar a reclamação de forma eficaz, agradecemos que forneça o máximo de detalhes possível. Agradecemos o tempo dispensado para preencher este formulário.

Em muitos casos, a investigação é bastante limitada se o produto em concreto não estiver disponível. Para a nossa investigação, envie também o produto concreto que causou a falha/incidente para o seu distribuidor local. Se tiver fotografias ou vídeos do problema, anexe-os à sua reclamação.

Se pretender enviar a sua reclamação diretamente para a Vigmed AB, o formulário de reclamação preenchido deve ser enviado para qa@vigmed.com e o produto que causou a falha/incidente deve ser enviado para:

Vigmed AB
Kungsgatan 6
SE-252 21 Helsingborg
Suécia

Assim que a sua reclamação for registada, receberá um número de reclamação oficial por e-mail.

Passo 1 de 3: Informações da unidade de saúde

Nome da unidade de saúde*	
Pessoa de contacto na unidade	
Endereço	
País*	
Número de reclamação interno da unidade de saúde	

Passo 2 de 3: Informações do distribuidor

Distribuidor	
País	
Pessoa de contacto	
Número de reclamação do distribuidor	

* Campos obrigatórios

Formulário de reclamação



Passo 3 de 3: Descrição do incidente

Data do incidente*	
Número de artigo do produto da reclamação*	
Número de lote do produto da reclamação	
Descrição da reclamação*	
O efeito inclui lesões/ferimentos no paciente, no utilizador ou noutra pessoa? Se sim, descreva detalhadamente.*	
Medida corretiva tomada pela unidade de saúde relevante para os cuidados do paciente*	
Pessoa de contacto para a reclamação*	
Endereço de e-mail para resposta à reclamação*	

* Campos obrigatórios