



## Cateteri EV e arteriosi di sicurezza automatici CLIP® e SWITCH

Il nostro obiettivo è assicurarci che tutti i reclami siano gestiti in conformità al protocollo. Per essere in grado di gestire il reclamo in modo efficace, la invitiamo a condividere il maggior numero possibile di dettagli. La ringraziamo per il tempo che dedicherà alla compilazione di questo modulo.

L'indagine è spesso molto limitata se non è disponibile un prodotto reale. Per la nostra indagine, la preghiamo di inviare al suo distributore locale anche il prodotto effettivo che ha causato la deviazione/l'incidente. Se ha foto o video del problema, può allegarli al suo reclamo.

Se desidera presentare il reclamo direttamente a Vigmed AB, il modulo di reclamo compilato deve essere inviato a [qa@vigmed.com](mailto:qa@vigmed.com) e il prodotto che ha causato la deviazione/l'incidente deve essere inviato a:

AB  
Kungsgatan 6  
SE-252 21 Helsingborg  
Svezia

Non appena il suo reclamo verrà registrato, riceverà un codice ufficiale di reclamo via e-mail.

### Fase 1 di 3: informazioni sulla struttura sanitaria

<b>Nome della struttura sanitaria*</b>	
<b>Persona di contatto della struttura</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>Paese*</b>	
<b>Numero di reclamo interno della struttura sanitaria</b>	

### Fase 2 di 3: informazioni sul distributore

<b>Distributore</b>	
<b>Paese</b>	
<b>Persona di contatto</b>	
<b>Numero di reclamo del distributore</b>	

\*Campi obbligatori



## Fase 3 di 3: descrizione dell'incidente

<b>Data dell'incidente*</b>	
<b>Codice articolo del prodotto oggetto di reclamo*</b>	
<b>Numero di LOTTO del prodotto oggetto di reclamo</b>	
<b>Descrizione del reclamo*</b>	
<b>L'effetto ha provocato un danno/una lesione al paziente, all'utente o a un'altra persona? Se sì, descrivere dettagliatamente.*</b>	
<b>Azioni correttive intraprese dalla struttura sanitaria relative alla cura del paziente*</b>	
<b>Persona di contatto per il reclamo*</b>	
<b>Indirizzo e-mail per la risposta al reclamo*</b>	

\*Campi obbligatori