

REKLAMATIONSBLANKETT

Reklamerad produkt:		Från:			
Namn:		Organisation:			
Artikelnr/Varunr:		Namn:			
Batchnr/Serienr:		Avdelning:			
Kvantitet (antal):		Mottaget av FME, datum:			
Ersättning har skickats: <input type="checkbox"/> Antal:		Anknytning:	Fax:		
Ersättning ska skickas: <input type="checkbox"/> Antal:		ReklamationsID:			
Försäljningsställe:					
Namn: Fresenius Medical Care Sverige AB		Land: Sverige			
Gatuadress:	Kontaktperson:				
Land:	Anknytning:	Fax:			
Produktprov:					
Produktprov finns: <input type="checkbox"/> Antal:	Risk för smitta (t.ex. blod- /plasmakontakt): <input type="checkbox"/>	Produktprov saknas: <input type="checkbox"/>			
Datum för händelsen:		Utförd behandling:			
HD <input type="checkbox"/>	CVVH <input type="checkbox"/>	CAPD <input type="checkbox"/>	Plasmabyte <input type="checkbox"/>	DALI <input type="checkbox"/>	Övrigt <input type="checkbox"/> (specificera):
HF <input type="checkbox"/>	HV-CVVH <input type="checkbox"/>	APD <input type="checkbox"/>	CHAGALL <input type="checkbox"/>	PROSORBA <input type="checkbox"/>	
HDF <input type="checkbox"/>	CVVHDF <input type="checkbox"/>	HP <input type="checkbox"/>	Immunosorba <input type="checkbox"/>	Prometh <input type="checkbox"/>	
Reklamationsorsak:					
Förpackning/Märkning <input type="checkbox"/>		Inre läckage <input type="checkbox"/>	Defekt komponent <input type="checkbox"/>	Övrigt fel <input type="checkbox"/> (specificera):	
Komponent saknas <input type="checkbox"/>		Yttre läckage <input type="checkbox"/>	Anslutningsproblem <input type="checkbox"/>		
Specificera typen av fel under punkten Beskrivning:					
Allvarlig patientreaktion (läkemedel) <input type="checkbox"/>		→ Särskild "Adverse Event Report" måste fyllas i av läkare och omedelbart rapporteras till PVRP			
Incident (medicinteknisk produkt) <input type="checkbox"/>		→ Särskild "Incident Report Form" måste fyllas i av sjukvårdspersonal och omedelbart rapporteras till MDCM			
Rapport till myndighet från kund <input type="checkbox"/>		Rättslig åtgärd från kund <input type="checkbox"/>			
Beskrivning:					
Tidpunkt för händelsen:					
Under förberedelse <input type="checkbox"/>	Under behandling <input type="checkbox"/>	När:			
Under avslutning <input type="checkbox"/>	Efter behandling <input type="checkbox"/>	När:			
Andra delar/tillbehör/engångsmaterial som kan relateras till händelsen:					
Noteringar:					
Namn på rapporterande person:			Signatur:		

Titel:	Reklamation EBB PD	Utgåva:	2
Upprättat av:	Annika Nyberg	Giltigt från:	2007-12-27
Godkänd av:	Annika NybergNyberg	Giltighetstid:	Tills vidare