

Reklamationsblankett

Reklamerad produkt

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

Användare

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

Är den reklamerade produkten sparad

Ja <input type="checkbox"/>	Antal:	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"/>	CVHDF <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-CVWH <input type="checkbox"/>	APD <input type="checkbox"/>	MONET <input type="checkbox"/>		
HDF pre <input type="checkbox"/>	CVHDF <input type="checkbox"/>	CAPD <input type="checkbox"/>	CVHDF 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"/> Vänligen specificera:
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:
Under avslutning <input type="checkbox"/>	Efter behandling <input type="checkbox"/>	När:

Namn _____

Datum _____

Epost kundservice 