



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DEL SERVIZIO FARMACEUTICO
UFFICIO 5° – Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici
Viale G. Ribotta n. 5 – 00144 Roma

Modulo per la segnalazione dei reclami ⁽¹⁾ da parte dell'operatore sanitario al Ministero della Salute

Data di compilazione del reclamo _____

DATI DELL'OPERATORE SANITARIO COMPILATORE DELL MODULO

Cognome e Nome	
Qualifica	
Regione	PIEMONTE
Struttura sanitaria di appartenenza (indicare la struttura)	ASL VC -

DATI RELATIVI AL DISPOSITIVO MEDICO

Fabbricante	
Mandatario (se disponibile)	
Tipo di dispositivo (MD, IVD, AIMD)	
CND	
Numero progressivo di registrazione del dispositivo presso il Ministero della Salute	
Codice del dispositivo del fabbricante (codice catalogo)	
Nome commerciale del dispositivo	
Numero di lotto o di serie	

DESCRIZIONE DEL RECLAMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma

Data nella quale è stata trasmessa la segnalazione del reclamo al fabbricante _____



INVIARE IL MODULO AL RESPONSABILE AZIENDALE DELLA VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI PRESSO LA S.S. RISK MANAGEMENT, ANCHE VIA MAIL ALL'INDIRIZZO: farmacovigilanza@aslvc.piemonte.it .per la successiva trasmissione al fabbricante o al suo mandatario o distributore, anche per il tramite del fornitore del DM.

(1) «reclamo»: comunicazione scritta, in formato elettronico o orale che dichiara carenze correlate a identità, qualità, durabilità, affidabilità, usabilità, sicurezza o prestazioni di un dispositivo medico o relative ad un servizio che influisce sulle prestazioni di tali dispositivi medici.