

Numéro d'identification de la déclaration :

DECLARATION À ADRESSER A L'ARASS par e-mail à vigilance.arass@administration.gov.pf

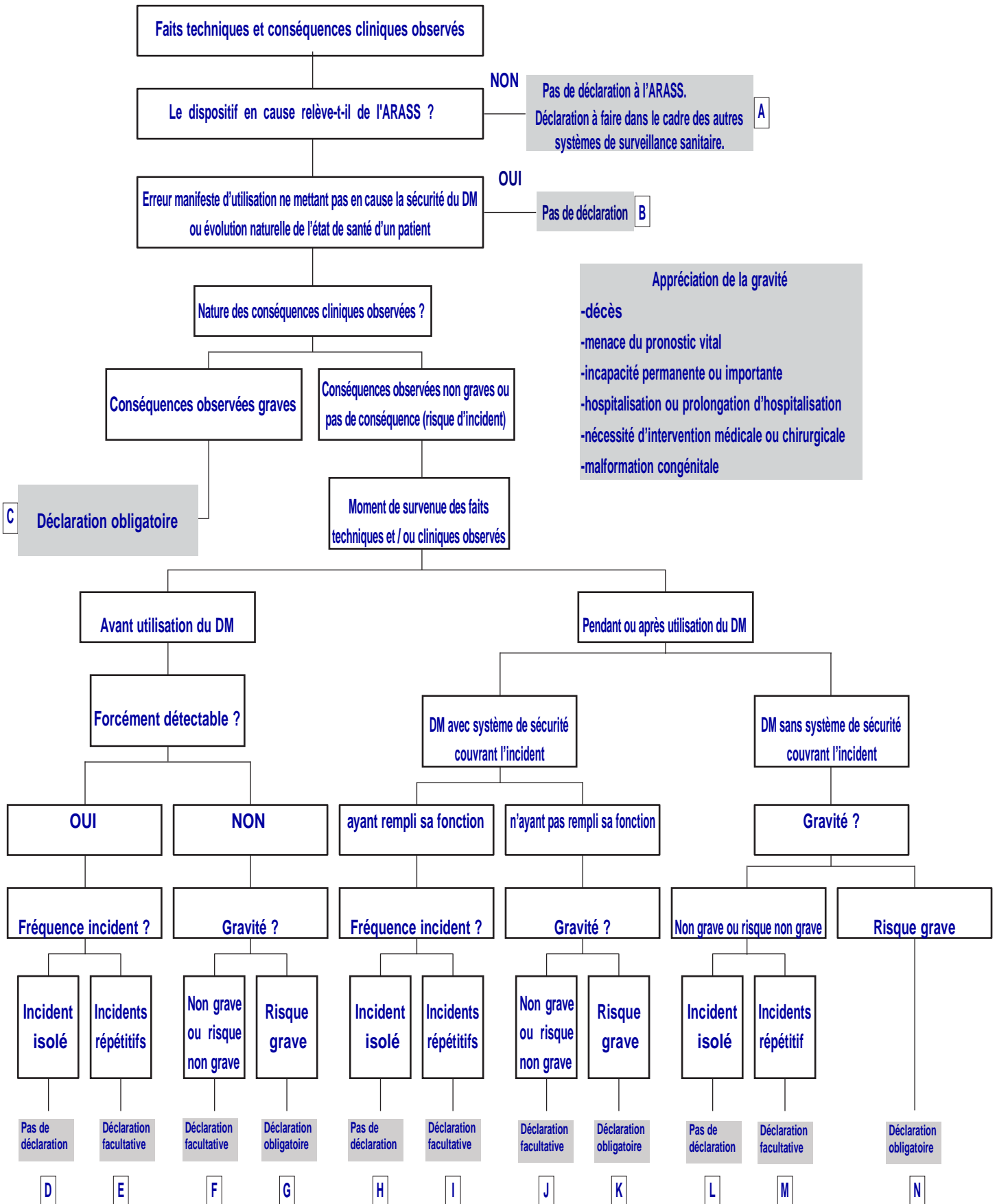
Date du signalement :

L'émetteur du signalement	
Nom, prénom :	
Qualité :	
Adresse professionnelle :	
Code postal :	Commune :
E-mail :	
Téléphone :	Fax :
<input type="checkbox"/> Etablissement de santé	<input type="checkbox"/> Association distribuant DM à domicile
<input type="checkbox"/> Fabricant / Fournisseur	<input type="checkbox"/> Autre
L'émetteur du signalement est-il le correspondant matériovigilance ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Le dispositif médical impliqué (DM)	
Dénomination commune du DM :	
Dénomination commerciale (modèle/ type/ référence) :	
N° de série ou de lot :	Version logicielle :
Nom et adresse du fournisseur :	
Code postal :	Commune :
Nom et adresse du fabricant :	
Code postal :	Commune :

L'incident ou le risque d'incident		
Date de survenue :	Lieu de survenue :	Conséquences cliniques constatées :
<i>Si nécessaire : nom, qualité, téléphone, fax de l'utilisateur à contacter</i>		
Circonstances de survenue / Description des faits : <i>Le cas échéant joindre une description plus complète sur papier libre. Préciser alors le nombre de pages jointes, et rappeler le nom de l'émetteur sur chaque page.</i>		Mesures conservatoires et actions entreprises :
Situation de signalement (de A à N) : <i>Voir nomenclature page 2/2</i>		Le fabricant ou fournisseur est-il informé de l'incident ou risque d'incident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Aide au signalement des incidents



SIGNALEMENT D'UN INCIDENT ou RISQUE D'INCIDENT