


عنوان فرم :	فرم MDR (گزارش مشکل کیفی، حادثه ناگوار و شکایت خدمات پس از فروش تجهیزات پزشکی)	نوع گزارش : <input type="checkbox"/> حادثه ناگوار <input type="checkbox"/> شکایت خدمات پس از فروش	
شماره فرم :		تاریخ وقوع :	
مرکز :		تاریخ گزارش :	
گزارش دهنده:		بخش :	
شماره همراه :		سِمَت :	

الف (این قسمت توسط فرد گزارش دهنده تکمیل میگردد)

مشخصات وسیله پزشکی	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"> نوع وسیله پزشکی : <input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مصرفی <input type="checkbox"/> ابزار </td> <td style="width: 70%;"> نام وسیله پزشکی: </td> </tr> <tr> <td> برند : </td> <td> سری ساخت/شماره سریال وسیله: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> تاریخ تولید وسیله: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> وضعیت فعلی وسیله پزشکی موضوع گزارش : </td> </tr> </table>	نوع وسیله پزشکی : <input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مصرفی <input type="checkbox"/> ابزار	نام وسیله پزشکی:	برند :	سری ساخت/شماره سریال وسیله:	تاریخ تولید وسیله:		وضعیت فعلی وسیله پزشکی موضوع گزارش :	
نوع وسیله پزشکی : <input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مصرفی <input type="checkbox"/> ابزار	نام وسیله پزشکی:								
برند :	سری ساخت/شماره سریال وسیله:								
تاریخ تولید وسیله:									
وضعیت فعلی وسیله پزشکی موضوع گزارش :									
<p>نمونه معیوب (در صورت نیاز شستشو و ضدعفونی شده)، بسته بندی آن و نمونه شاهد (نمونه مشابه ترجیحا با همان سری ساخت) به همراه این فرم به مسئول فنی تجهیزات پزشکی مرکز تحویل گردد. در صورت امکان از مشکل مورد گزارش عکس و فیلم تهیه شده و به مسئول فنی تجهیزات پزشکی تحویل گردد.</p>									

شرح کامل مشکل کیفی، حادثه ناگوار یا شکایت خدمات پس از فروش	شرح کامل مشکل کیفی، حادثه ناگوار یا شکایت خدمات پس از فروش : <div style="height: 150px; border: 1px solid #ccc;"></div>
--	--

در صورتی که نوع گزارش حادثه ناگوار است این قسمت تکمیل شده و تصویر پرونده بیمار به مسئول فنی تجهیزات پزشکی تحویل گردد:

مشخصات فرد آسیب دیده:	نوع حادثه ناگوار :
نام و نام خانوادگی: کد ملی : شماره همراه : جنسیت : وزن: تاریخ تولد :	مرگ <input type="checkbox"/> ایجاد نیاز به جراحی یا دخالت پزشکی <input type="checkbox"/> تهدید زندگی <input type="checkbox"/> ناهنجاری مادرزادی/ نقصان در تولد <input type="checkbox"/> ناتوانی یا آسیب دائمی <input type="checkbox"/> سایر حوادث پزشکی مهم <input type="checkbox"/>

اقدامات انجام شده در خصوص آسیب فرد :

وضعیت فعلی فرد آسیب فرد :			
مهر، امضاء و تاریخ فرد گزارش دهنده	مهر، امضاء و تاریخ سرپرستار بخش	مهر، امضاء و تاریخ مدیر پرستاری	مهر، امضاء و تاریخ مسئول ایمنی بیمار
ب (این قسمت توسط مسئول فنی تجهیزات پزشکی تکمیل می گردد			
مشخصات وسیله پزشکی	نام وسیله پزشکی بر اساس درختواره:	مدل :	کد IRC:
	برند :	سری ساخت/شماره سریال وسیله:	تاریخ تولید وسیله:
	نام واحد تامین کننده:	نام فروشنده :	تاریخ دریافت فرم MDR از گزارش دهنده:
اقدامات و اعلام نظر شرکت	شرح اقدامات و اعلام نظر شرکت تامین کننده:		
نظریه فنی واحد مهندسی پزشکی	شرح نظریه فنی واحد مهندسی پزشکی در خصوص گزارش :		
مهر، امضاء و تاریخ مسئول فنی تجهیزات پزشکی			
ج (در صورت نیاز به تشکیل کمیته MDR مرکز این بخش تکمیل می گردد			
شرح مصوبه کمیته			
امضاء اعضای کمیته			