|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date de la réclamation : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Partie réservée à Evolutis |
| Client : |  | *N° Enregistrement :* |
| Etablissement de soin : |  |  |
| Référence du dispositif : |  |
| N° de lot : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de l’incident : | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |
| Moment de survenue de l’incident : | | | Avant la chirurgie  Pendant la chirurgie  Après la chirurgie | |
| Description de l’incident : | | |  | |
| Circonstance de l’incident :  (Chute, activité physique…) | | |  | |
| Quelles sont les conséquences pour le patient ou autre personne ? | | |  | |
| Est ce qu’il y a eu un allongement du temps opératoire lié à cet évènement ? | | | | Oui, Combien de minutes approximativement :  Non |
| Quelles action(s) immédiate(s) palliative(s) ont été prises (comment la chirurgie a été terminée / chirurgie reportée…) | | | |  |
| **Le produit incriminé peut-il être récupéré pour analyse ?**  Oui, dans ce cas merci de le retourner  Dispositif non implanté  à Evolutis en précisant :  Dispositif explanté ou utilisé sur patient  Non, Dispositif rebuté par l’établissement de soin | | | | |
| ***Avertissement*** | ***En cas d’utilisation du dispositif, le retour de celui-ci doit être accompagné d’une preuve de décontamination / stérilisation (Ne pas autoclaver un implant en PE ou biorésorbable)*** | | | |
| **En cas de dispositif implanté, informations à fournir :**  Compte-rendu opératoire de la pose du dispositif incriminé  Radiographies post-opératoires de la pose du dispositif incriminé  Radiographies préopératoires de la reprise  Compte-rendu opératoire de la reprise  - Age du patient :  - Sexe du patient : F  M  - Poids du patient :  - Activité du patient :  Aucune activité  Activité modéré  Forte activité  - Etat actuel du patient :  Bon  Incapacité temporaire  Incapacité permanente | | | | |
| Nom/Visa : | |  | | |