|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 : |  |