



## Déclaration des incidents liés aux Dispositifs médicaux

Date : ..... Fiche N° : .....

<b>Notificateur</b>			
Nom, prénom			
Qualité :			
Adresse/téléphone/fax/E.mail :			
<input type="checkbox"/> Etablissement de santé <input type="checkbox"/> association/fabriquant <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> Autre			
<b>Dispositif médical impliqué</b>			
Dénomination commune :			
Dénomination commerciale :	Modèle :	Type :	Référence :
N° de série ou de lot :		Version logicielle :	
Nom et adresse du fournisseur :			
Nom et adresse du fabriquant :			
<b>Incident ou risque d'incident</b>			
Date de survenue :		Lieu de survenue :	
Références de l'utilisateur :			
Circonstances de survenue/ description des faits :			
Conséquences cliniques constatées :			
Mesures conservatoires et actions entreprises :			