



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DEL SERVIZIO FARMACEUTICO

UFFICIO 5 – Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici

UFFICIO 4 – Dispositivi medico diagnostici in vitro

Viale G. Ribotta n. 5 – 00144 Roma

Modulo per la segnalazione dei reclami da parte dell'operatore sanitario al Ministero della Salute

Data di compilazione del reclamo [Fare clic o toccare qui per immettere una data.](#)

Numero interno del reclamo [Fare clic o toccare qui per immettere il testo.](#)

DATI DELL'OPERATORE SANITARIO COMPILATORE DEL MODULO

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nome e Cognome | |
| Qualifica | |
| Regione | |
| Struttura sanitaria di appartenenza | |

DATI RELATIVI AL DISPOSITIVO MEDICO / DISPOSITIVO MEDICO-DIAGNOSTICO IN VITRO

| | |
|---|------------------------|
| Fabbricante | |
| Mandatario (se disponibile) | |
| Tipo di dispositivo | Scegliere un elemento. |
| CND | |
| Numero progressivo di registrazione del dispositivo presso il Ministero della Salute (se disponibile) | |
| Classe del dispositivo (se disponibile) | Scegliere un elemento. |
| Codice del dispositivo del fabbricante (codice catalogo) | |
| Nome commerciale del dispositivo | |

| | |
|---------------------------------|--|
| Numero di lotto o di serie | |
| UDI-DI di base (se disponibile) | |

Descrizione del reclamo

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Data nella quale è stata trasmessa la segnalazione del reclamo al fabbricante
Fare clic o toccare qui per immettere una data.

Firma