

A ILMOITTAJAN TIEDOT

Laitoksen nimi	
Osoite	Puhelin
	Telekopio / sähköposti
Yhteyshenkilö	Ilmoituksen pvm

B LAITTEEN/TARVIKKEEN TIEDOT (Täytettävä mahdollisimman yksityiskohtaisesti. * Yliviivaa tarpeeton vaihtoehto)

Valmistaja	Toimittaja
Kauppanimi	
Laitteen/tarvikkeen nimike	
Malli/tuotenumero	
Sarjanumero(t)/eränumero(t)*	
Lisälaitteet/tarvikkeet (tarvittaessa)	
Ohjelmiston versio (tarvittaessa)	

Laitteen/tarvikkeen valmistusvuosi/pvm*	Hankintavuosi/pvm*	Viimeinen käyttöpvm
---	--------------------	---------------------

Laitteen/tarvikkeen huolto- ja korjaustyöt tekee	<input type="checkbox"/> oma laitos	<input type="checkbox"/> toimittaja	<input type="checkbox"/> muu ulkopuolinen liike
Laitte/tarvike on viimeksi huollettu/korjattu*, pvm			

Onko tapahtumasta ilmoitettu laitteen/tarvikkeen valmistajalle/toimittajalle*? ei kyllä pvm

Onko laite/tarvike ja/tai pakkaus saatavilla tutkimusta varten? (ei saa hävittää) ei kyllä

Onko laite/tarvike varustettu CE-merkinnällä? ei kyllä

Muut viranomaiset, joille on ilmoitettu tapahtumasta:

C TIEDOT TAPAHTUMASTA

2 (2)

Tapahtumapaikka (osasto/kliniikka)		Tapahtuman pvm	
Tapahtuman seuraukset			
<input type="checkbox"/>	Ns. 'läheltä piti' -tapaus (ei henkilövahinkoa)		
<input type="checkbox"/>	Henkilövahinko, vamman laatu: _____		
<input type="checkbox"/>	Kuolema		
Vahingoittunut			
<input type="checkbox"/>	Potilas	<input type="checkbox"/>	Laitoksen työntekijä
<input type="checkbox"/>	Muu henkilö		
Tapahtuman kuvaus (tarvittaessa erillisellä liitteellä)			

Tapahtuman aiheuttamat toimenpiteet

Nimi	Puhelin
Asema / ammatti	Telekopio / sähköposti
Allekirjoitus	Päiväys