|  |  |
| --- | --- |
| **Olumsuz Olayın Gerçekleştiği Birim** |  |
| **Bildirim Yapan Adı Soyadı/ İmza:** |  |
| **Bildirim Tarihi ve Saati:** |  |
| **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Adı** |  |
| **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Markası** |  |
| **Olumsuz Olayda Hasta Dahiliyeti Varsa Hasta Adı** |  |
| **Olumsuz Olayda Hasta Dahiliyeti Varsa Hasta Protokol Numarası:** |  |
| **Olumsuz Olayın Açıklaması:** | **Materyovijilans Sorumlusunun Araştırması ve Kararı:****…../……/…** **Materyovijilans Sorumlusu****İmza** |