

Reclamação de Qualidade de Produto

DATAS		
Data da ocorrência:		
RELATOR		
Nome:	Contactos:	
Função:	Assinatura/Rubrica:	
Local:	Data:	
MEDICAMENTO: (Descrição do Produto sempre que aplicável)		
Código Baxter:	Nº do Lote:	
Existe amostra disponível para recolha? <input type="checkbox"/> SIM	Nº unidades:	<input type="checkbox"/> NÃO
DISPOSITIVO MÉDICO: (Descrição do Produto sempre que aplicável)		
Código:		
Nº do Lote/Nº de Série:		
Produtos utilizados concomitantemente (Dispositivos/Acessórios ou Medicamentos se aplicável):		
Existe amostra disponível? <input type="checkbox"/> SIM	Nº unidades disponíveis:	<input type="checkbox"/> NÃO
INFORMAÇÃO DO DOENTE		
Houve algum impacto na saúde do Doente: <input type="checkbox"/> SIM (descrever na ocorrência) <input type="checkbox"/> NÃO		
Identificação do Doente (iniciais)	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de Nascimento ou Idade
DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA		
Comentários adicionais:		

Por favor envie a este formulário devidamente preenchido tão breve quanto possível:
21 915 82 09 (fax) ou **qualidade_portugal@baxter.com**

Em caso de dúvida contacte-nos
21 925 25 00