

INFORMACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN

Nº DE INVESTIGACIÓN <small>PARA SER LLENADO POR TECNOVIGILANCIA</small>	<input type="text"/>	ESTADO	<input type="text"/>	FECHA DE NOTIFICACIÓN	<input type="text"/>
NOMBRE DEL NOTIFICADOR <input type="text"/>					
NOMBRE DEL DOCTOR <input type="text"/>					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN <input type="text"/>			CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		
PRESENCIÓ EL INCIDENTE		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	OPERADOR DEL DISPOSITIVO DURANTE EL INCIDENTE <input type="text"/>	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INICIALES DEL NOMBRE	<input type="text"/>	EDAD (AÑOS)	<input type="text"/>	PESO (KILOS)	<input type="text"/>	ESTATURA (CM)	<input type="text"/>
GÉNERO		HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE (SOLO SI LA HAY)				<input type="text"/>	
<input type="radio"/> FEMENINO							
<input type="radio"/> MASCULINO							

INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

FECHA DEL INCIDENTE	<input type="text"/>	ESTADO	<input type="text"/>	LUGAR	<input type="text"/>
DETECCIÓN DEL INCIDENTE					
<input checked="" type="radio"/> PREVIO A SU USO					
<input type="radio"/> EN INTERVENCIÓN					
<input type="radio"/> OTRO, ¿CUAL? <input type="text"/>					
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE <input type="text"/>					
CONSECUENCIA DEL INCIDENTE					
<input type="checkbox"/> SIN CONSECUENCIA		<input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		<input type="checkbox"/> DAÑO INDIRECTO	
<input type="checkbox"/> DAÑO PERMANENTE		<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN		<input type="checkbox"/> MUERTE	
ACCIÓN REALIZADA DEBIDO AL INCIDENTE <input type="text"/>					

IDENTIFICACIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO REPORTADO

NOMBRE DEL PRODUCTO <input type="text"/>					
NOMBRE GENÉRICO <input type="text"/>					
NOMBRE DEL FABRICANTE <input type="text"/>					
FECHA DE CADUCIDAD		Nº DE SERIE		<input type="text"/>	
Nº DE LOTE		Nº DE REFERENCIA		<input type="text"/>	
¿ESTE DISPOSITIVO MÉDICO SE COBRO AL CLIENTE?					
<input type="radio"/> SI					
<input type="radio"/> NO					
CLASIFICACIÓN DE RIESGO DEL DISPOSITIVO MÉDICO					
<small>PARA SER LLENADO POR TECNOVIGILANCIA</small>					
<input type="radio"/> CLASE I		<input type="radio"/> CLASE II		<input type="radio"/> CLASE III	

RETORNO DEL PRODUCTO

RETORNO DEL DISPOSITIVO MÉDICO		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	RETORNO DEL ENVASE DEL DISPOSITIVO		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ENTREGADO POR (REPRESENTANTE)			FECHA			<input type="text"/>	
RECIBIDO POR (ALMACÉN)			FECHA			<input type="text"/>	

DETERMINACIÓN

REPORTA AL FABRICANTE		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	REPORTA A CNFV		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<small>PARA SER LLENADO POR TECNOVIGILANCIA</small>				<small>PARA SER LLENADO POR TECNOVIGILANCIA</small>			
APROBADO POR <input type="text"/>							

OTROS DISPOSITIVOS O ACCESORIOS DEVUELTOS

¿SE DEVUELVEN OTROS DISPOSITIVOS O ACCESORIOS? SI (EN ESTE CASO LLENAR SECCIÓN A O B) NO (NO LLENAR SECCIONES A Y B)

SECCIÓN A

NOMBRE DEL PRODUCTO <input type="text"/>					
NOMBRE GENÉRICO <input type="text"/>					
NOMBRE DEL FABRICANTE <input type="text"/>					
FECHA DE CADUCIDAD		Nº DE SERIE		<input type="text"/>	
Nº DE LOTE		Nº DE REFERENCIA		<input type="text"/>	
¿ESTE DISPOSITIVO O ACCESORIO SE COBRO AL CLIENTE?					
<input type="radio"/> SI					
<input type="radio"/> NO					
CLASIFICACIÓN DE RIESGO DEL DISPOSITIVO MÉDICO					
<small>PARA SER LLENADO POR TECNOVIGILANCIA</small>					
<input type="radio"/> CLASE I		<input type="radio"/> CLASE II		<input type="radio"/> CLASE III	

SECCIÓN B

NOMBRE DEL PRODUCTO <input type="text"/>					
NOMBRE GENÉRICO <input type="text"/>					
NOMBRE DEL FABRICANTE <input type="text"/>					
FECHA DE CADUCIDAD		Nº DE SERIE		<input type="text"/>	
Nº DE LOTE		Nº DE REFERENCIA		<input type="text"/>	
¿ESTE DISPOSITIVO O ACCESORIO SE COBRO AL CLIENTE?					
<input type="radio"/> SI					
<input type="radio"/> NO					
CLASIFICACIÓN DE RIESGO DEL DISPOSITIVO MÉDICO					
<small>PARA SER LLENADO POR TECNOVIGILANCIA</small>					
<input type="radio"/> CLASE I		<input type="radio"/> CLASE II		<input type="radio"/> CLASE III	