

**A ILMOITTAJAN TIEDOT**

Laitoksen nimi	
Osoite	Puhelin
	Telekopio
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 seurauus	<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
Allekirjoitus	Päiväys