

Modulo nr. 1

Data _____

**DA INVIARE ALLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
(FAX 2838)**

Oggetto: TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA

Per il trattamento delle ferite complesse
(in accordo con procedura in atto presso l'ASST Grande Ospedale Niguarda di Milano)

Timbro Struttura richiedente	
Bollino SDO paziente	
macchina a disposizione SI	NO <i>n. inventario</i>

ATTIVAZIONE data

TRASFERIMENTO data

Denominazione Struttura accettante

FINE TERAPIA data

RICHIESTA MEDICAZIONI (compilare modulo 1 bis)

Lo Specialista

II Responsabile della S.C. Richiedente

Dr. _____

Dr. _____

<i>Nominativo</i>	
<i>Nr. di Telefono</i>	
<i>Nr. di Fax</i>	

RICHESTA AUTORIZZATA
Direzione Medica di Presidio

Dr. _____ **Dr.** _____

PROCEDURA PER LA PROVA D'USO DEI DISPOSITIVI MEDICI
(stilata in accordo con quella in uso presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano
Niguarda di Milano)

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - FARMACIA

Mod. 2

Reggio Calabria,

Alla Direzione Medica di Presidio

Alla Farmacia

SEDE

*DICHIARAZIONE PER LA PROVA DI DISPOSITIVI MEDICI (a cura
della Ditta)*

Il sottoscritto

rappresentante legale della Ditta

si dichiara disponibile a fornire a titolo gratuito all'A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli, il/i seguente/i DM:

codice prodotto..... q.tà..... n° lotto scadenza

codice prodotto..... q.tà..... n° lotto scadenza

codice prodotto..... q.tà..... n° lotto scadenza

Ditta produttrice (se diversa dalla ditta fornitrice)

Il Dispositivo Medico sarà consegnato alla SC di Farmacia previo accordo con la stessa per

l'utilizzo presso la SS/SC di

Si allega la seguente documentazione:

1. Dichiarazione di conformità ai sensi della direttiva 93/42/CE con indicazione della classe di appartenenza.
2. Certificato CE
3. Scheda tecnica del prodotto
4. CND e numero di repertorio

La Ditta (Legale
rappresentante)

Visto si autorizza
(DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO)

Visto si autorizza
(FARMACIA)

(referente ditta da contattare.....telefono...:.....)