

	SEGNALAZIONE DI REAZIONE AVVERSA O DI EVENTO AVVERSO	Allegato 1 SOP-TC-QA-16 Rev. 01 In vigore da 18 Giugno 2021 Valida fino a 18 Giugno 2026
---	---	---

COPIA
 18 GIU 2021

Il sottoscritto _____

Operante presso la seguente Struttura:

OSPEDALE _____

REPARTO _____

INDIRIZZO _____

RECAPITO TELEFONICO / FAX PER COMUNICAZIONI URGENTI _____

Segnala di aver rilevato la seguente reazione avversa:

in data: _____

a carico del paziente: _____

sottoposto a innesto di tessuto tegumentario alloplastico / autologo fornito dalla BDC di Torino

in data: _____

a seguito di nostra richiesta emessa in data: _____

Si allega copia della documentazione clinica in merito.

Segnala di aver rilevato il seguente evento avverso:

in data: _____

a carico dei seguenti lembi alloplastici / autologhi alloplastici distribuiti dalla BDC di Torino

in data: _____

a seguito di nostra richiesta emessa in data: _____

Firma _____

Data _____

He