



Nit. 900.505.356
Cra. 13 No. 77 - 22 Of. 201 - Tel. 2124780
Cel. 313-4568009
Bogotá - Colombia

| | |
|----------|-----------|
| Fecha: | 9-ago-18 |
| Version: | 2 |
| Formato: | FM-PM2-13 |

FORMATO DE NOVEDADES

A. LUGAR DE OCURRENCIA NOVEDAD

| | | | | | | |
|------------------------------|---------|----------|------------|-------------------------|----|------|
| 1. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: | 2. NIT: | 3. DPTO: | 4. CIUDAD: | 5. FECHA DE OCURRENCIA: | | |
| | | | | DD | MM | AAAA |

B. INFORMACION DEL DISPOSITIVO MÉDICO

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------|----------|------------|------------------------|
| 1. NOMBRE GENERICO DEL DISPOSITIVO: | 2. REFERENCIA: | 3. LOTE: | 4. SERIAL: | 5. REGISTRO SANITARIO: |
| | | | | |

OTROS PRODUCTOS USADOS DURANTE LA CIRUGÍA (MARCA)

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| INYECTOR | | CARTUCHO | |
| EQUIPO MEDICO UTILIZADO | | TIEMPO DE CIRUGÍA | |
| SSB | | OTROS | |
| APORTA MUESTRA DEL DM SI ___ NO ___ | | APORTA FOTOS O VIDEOS SI ___ NO ___ | |
| | | PATOLOGIA DEL PACIENTE Y/O ANTECEDENTES RELEVANTES | |

C. DESCRIPCIÓN NOVEDAD

BAJA DE PRODUCTO REPORTE INVIMA

| | |
|------------|--------------------------|
| 1 DETALLE: | 2. DESENLACE DEL EVENTO: |
| | |

D. INFORMACIÓN PACIENTE

| | | | |
|--------------------|-------------|----------|-----------------------------------|
| 1. IDENTIFICACIÓN: | 2. SEXO: | 3. EDAD: | 4. CIRUGIA: |
| | F ___ M ___ | | Ojo Derecho ___ Ojo Izquierdo ___ |

Firma de quien elaboró: _____

Firma del Representante Comercial: _____

Telefono:

Correo Electronico