Allegato 7 – Regolamento di Autorizzazione per l'utilizzo di Dispositivi Medici in Prova d'Uso

Alla UOC Farmacia Centralizzata
(Da consegnare a mano)

In riferimento alla richiesta approvata con nota _____ del ___/___/_____

OGGETTO: Registro della prova d'uso

Riferimenti della richiesta e della autorizzazione prova d'uso:
_____
_____

INFORMAZIONI SUL BENE:
Nome del bene in prova: _____
Fornitore e/o Distributore: _____
Durata della Prova d'Uso Gratuita: _____
Data di Inizio Prova d'Uso: _____ (coincide con l'arrivo del bene all'Unità Operativa)

Il Direttore di DAI/UOC o il Responsabile della UOSD _____
Nome e cognome _____

Dichiara che il bene è stato utilizzato per l'assistenza nei casi riportati in tabella.

N cartella clinica	Data utilizzo	Ora utilizzo	Campioni utilizzati (ref/lotto/UDI ove disponibile)	NOTE o eventi da segnalare

Nota sulla protezione dei dati personali:
La presente relazione è stata redatta nel pieno rispetto delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali, in particolare del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR). Tutte le informazioni relative ai pazienti sono state trattate in forma pseudonimizzata, al fine di garantire la riservatezza e la tutela dei diritti degli interessati.

Data e luogo

_____
Il Direttore di DAI/UOC (o delegato) / Il Responsabile di UOSD (o delegato)
-con timbro e firma-
Cognome e nome (stampatello)

Per ricevuta di consegna dell' "Allegato 7 - Registro della prova d'uso" relativo alla prova d'uso approvata con nota _____ del ___/___/_____:

Data e Luogo

_____

Il Direttore
UOC Farmacia Centralizzata
(firma e timbro)

_____