**FOLHA DE CONFIRMAÇÃO do Desfibrilador LIFEPAK®**

Assinar, datar e enviar a(s) folha(s) preenchida(s) para o contato abaixo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº da Conta «Número\_Usuário\_Final»  «Nome\_Conta»  «Cidade», «Estado» «Código\_Postal»  Atenção: Gestão de Risco | | | | Preenchido por (Nome em letra de forma): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nº do Telefone: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Devolva o formulário preenchido:   * Por fax para: 1-866-448-9567 * Por e-mail para: [rsrecall@physio-control.com](mailto:rsrecall@physio-control.com) * Ou por carta para: Physio-Control, Inc.   P.O. Box 970006, Dept. 15N Redmond, WA, 98073-9706 |
| **INSTRUÇÕES**   * **Verifique se o número de série listado confere com o número de série no rótulo localizado na parte de trás de seu dispositivo.** * **Indique se seu(s) dispositivo(s) é(são) utilizado(s) em um ambiente fixo (como, por exemplo, montado na parede) ou móvel (como, por exemplo, em um veículo).**   o **Se seu(s) dispositivo(s) estiver(em) em um ambiente móvel, indicar: SEM, Bombeiros, Polícia, ou Outro**   * **Remova e reinstale a bateria.** * **Continue a remover e instalar a bateria de seu dispositivo semanalmente até ser contatado pela Physio-Control para agendar reparo de todos os números de série afetados.** * **Se seu LIFEPAK® 1000 desligar inesperadamente durante o uso, remova e reinstale imediatamente a bateria em uso do LIFEPAK® 1000. Entre em contato com a Physio-Control em 1-866-231-1220, das 6:00 às 16:00 (Pacífico), Segunda – Sexta, para agendar a correção do dispositivo.** | | | | | | | | | | |
| Número Serial | Bateria Removida e Instalada | Ambiente Fixo (F) ou Móvel (M) | Se móvel, indicar o ambiente: SEM, Bombeiros, Polícia, ou Outro | | Cronograma Semanal de Remoção e Instalação da Bateria | Nunca possuiu o dispositivo | Dispositivo permanentemente descartado (refugo) ou retirado de uso | Dispositivo não pode ser localizado | Dispositivo transferido para outro local\* | \*Fornecer o novo endereço e as informações do novo contato |
| EXEMPLO | SIM / NÃO | F / M | SEM / Bombeiros / Polícia / Outro | | SIM / NÃO | □ | □ | □ | □ |  |
|  | SIM / NÃO | F / M | SEM / Bombeiros / Polícia / Outro | | SIM / NÃO |  |  |  |  |  |