

Protocolo de Conhecimento Médico

Por favor use letras de forma

Informações Importantes sobre Dispositivo Médico

Descrição do Assunto:

Alerta de Desempenho de Bateria e Atualizações de Firmware de Segurança Cibernética para determinados dispositivos ICD & CRT-D

Dispositivos:

ICD, CRT-D, Fortify™, Fortify Assura™, Quadra Assura™, Quadra Assura MP™, Unify™, Unify Assura™, Unify Quadra™, Ellipse™, Promote Quadra™, Current™, Promote™

Data: (AAAA-MM-DD):

2018-06-05

Cliente

Nome do Médico:

Hospital / Instituição:

Cidade:

País:

Certifico que apresentei o cliente acima mencionado uma cópia das Informações Importantes sobre Dispositivos Médicos

Nome do Representante: _____

Assinatura: _____

Depois de entregar as informações ao seu cliente, envie por e-mail o Protocolo de Conhecimento Médico para a Qualidade Local