

Cardiac Rhythm Management  
8200 Coral Sea St. NE

Mounds View, MN 55112

www.medtronic.com

**Formulário de Confirmação do Cliente (Médico)**

**CORREÇÃO DE DISPOSITIVO MÉDICO URGENTE**

**Possibilidade Maior de Energia Reduzida ou Nenhuma Energia Fornecida Durante a Terapia de Alta Voltagem Quando Programado com vetor de desfibrilação AX>B**

|  |
| --- |
| **Os Dispositivos incluem os seguintes modelos:**  CDIs e CRT-Ds Cobalt™ XT/Cobalt™/Crome™  Um subgrupo dos: CRT-Ds Claria MRI™/Amplia MRI™/Compia MRI™/Viva™/Brava™  Um subgrupo dos: CDIs Visia AF™/Visia AF MRI™/Evera™/Evera MRI™/Primo MRI™/Mirro MRI™ |

*Nome do médico:*

*Número do médico:*

*Endereço:*

*Cidade, Estado, CEP:*

***Para preenchimento apenas por clientes da Medtronic – Por favor, preencha todos os campos abaixo e devolva todas as páginas imediatamente. Caso você não implante mais e/ou gerencie pacientes com dispositivos Medtronic listados acima, forneça uma explicação detalhada no espaço abaixo para que os registros da Medtronic possam ser atualizados de acordo. Obrigado!***

**Ao assinar este formulário, confirmo que li a Carta de Notificação Urgente de Correção de Produto, datada de maio de 2023, da Medtronic sobre os produtos listados acima e tomei as medidas apropriadas.**

Por favor, preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie um e-mail para <[rs.fcacardiolatamssc@medtroinc.com](mailto:rs.fcacardiolatamssc@medtroinc.com) e jessica.p.bautista@medtronic.com>.

Nome do médico (impresso): Data:

(Nome, sobrenome)

Título do médico (impresso):

Assinatura do médico (tinta):

Telefone:   
E-mail:

***Nota: O destinatário pode continuar a receber lembretes deste aviso até receber uma resposta.***

***Em caso de dúvidas, entre em contato com seu representante de campo da Medtronic.***