**Formulário de Confirmação de Recebimento**

|  | **Confirmação de Recebimento – Resposta Obrigatória** | | | | | | | | | | | | | Data da Emissão: | | | | Junho 19, 2023 | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **URGENTE: NOTIFICAÇÃO DE AÇÃO DE CAMPO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Potencial resultado com bias negativo Painel Cardíaco do Triage** | | | | | | | | | | | | *Preencha e devolva este formulário, mesmo que você não tenha um produto afetado dentro de 10 dias úteis a partir do recebimento desta notificação.* | | | | | | | | |
|  | Enviar para: | | **Qualidade** | | | | | | e-Mail Address: | | | [AcaoDeCampo@quidelortho.com](mailto:AcaoDeCampo@quidelortho.com) e sac@vrmedical.com.br | | | | |  | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verificação de Solicitação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Instituição: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Contato: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Endereço: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Cidade: | | | | |  | | Estado / província: | | | |  | | | | |
| Pais: | | | | |  | | | | | | | | | |
| CEP / Código Postal: | | | | | |  | | Telefone: | |  | | | | |
| e-Mail: | | | |  | | | | Fax: | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Favor Confirmar | | | Recebi a notificação de Ação de Campo: Aviso de segurança de campo sobre o Quidel Triage Cardiac Panel | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ***Por favor, escolha entre os seguintes:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ☐ | Minha instalação não recebeu o Painel Cardíado do Triage Quidel e, portanto, não é afetada por esse problema. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ☐ | Minha instalação usa o Painel Cardíado do Triage Quidel, mas não tem os lotes afetados restantes no estoque. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ☐ | Minha instalação possui o Painel Cardíado do Triage Quidel e interrompeu o uso e descartou o produto afetado restante.  ☐ Marque esta caixa se você não tiver um método alternativo de troponina e desejar um produto substituto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | *Se sua instalação parou de usar os lotes afetados, indique a quantidade abaixo a ser creditada. O crédito será emitido na fatura original do(s) produto(s) não utilizado(s).* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| **Nome do Produto** | **Código do Produto** | **Número do lote** | **Quantidade a ser creditada/substituída** | **Unidade de medida** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ☐ Cada ☐ Caixa |
|  |  |  |  | ☐ Cada ☐ Caixa |
|  |  |  |  | ☐ Cada ☐ Caixa |
|  |  |  |  | ☐ Cada ☐ Caixa |

| Nome por Extenso: |  | | | | **Assinatura requerida:** | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo: |  | | | | Sua assinatura confirma o  recebimento desta  comunicação e seu  entendimento | |
| Departamento: |  | | | |
| Telefone: |  | | Data: |  | |
|  | | | | | | | |
| Seus Comentários: | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| Se você estiver respondendo por mais de um local, liste abaixo todos os locais e números de cliente (UCNs) que sua assinatura representa: | | | | | | | |
| Locais que Representa: | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |

| **Para Clientes Que Fazem Pedidos De Um Distribuidor** | **Nome do Distribuidor** |
| --- | --- |
| Se encomendar a um distribuidor, forneça o nome do seu distribuidor |  |