

Formulário de Confirmação do Médico/Cliente

URGENTE: CORREÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

A610 Fluxo de trabalho de substituição com DBS Pocket Adaptor afetando a exibição de elegibilidade de ressonância magnética

Nome do Médico/Cliente:

Número do Médico/Cliente:

Endereço:

Cidade, Estado, CEP:

Para preenchimento apenas por clientes Medtronic – Por favor, preencha todos os campos abaixo e devolva imediatamente

Nota: O destinatário pode continuar a receber lembretes deste aviso até que uma resposta seja recebida.

Ao assinar este formulário, confirmo que li a Carta de Notificação de Correção de **Dispositivo Médico Urgente**, datada de maio de 2024 da Medtronic, sobre o fluxo de trabalho de substituição do A610 com o DBS Pocket Adaptor que afeta a exibição de elegibilidade de ressonância magnética e tomei as medidas apropriadas.

Por favor, preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie um e-mail para rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com

Nome do Médico/Cliente (Impressão): _____
(Nome, Sobrenome)

Data: _____

Título do Médico/Cliente (Impresso): _____

Assinatura do Médico/Cliente (tinta): _____

Telefone: _____

Email: _____