

Formulário de Confirmação do Representante Medtronic

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

Nome do Médico:
Número:
Endereço:
Cidade, Estado Código Postal:

Este formulário destina-se a ser utilizado pelos Representantes da Medtronic para documentar as tentativas de comunicação aos destinatários e/ou concluir ações adicionais, conforme aplicável, para a ação corretiva de campo acima referida (por exemplo, atualizações de software).

Orientações importantes:

- Deve haver pelo menos 7 dias corridos entre a primeira tentativa e a última tentativa de se adequar à expectativa regulatória de tentativas de boa-fé.
- Por favor, forneça o máximo de detalhes que estiver disponível.
- Use apenas um formulário por conta/médico

Apesar de várias tentativas, a Medtronic não conseguiu obter uma confirmação de consignatário assinada para a conta mencionada acima. Documente as tentativas de confirmação na tabela abaixo. Essas tentativas devem ser feitas de acordo com os requisitos regionais.

Tentativa	Data (DD/MM/YYYY)	Método de comunicação	Nome e Cargo do Indivíduo Contatado
1		<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Visita ao Local <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Outro _____	Nome: Cargo:
2		<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Visita ao Local <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Outro _____	Nome: Cargo:
3		<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Visita ao Local <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Outro _____	Nome: Cargo:

OU

- Médico está aposentado/falecido/não exerce mais a profissão
- Médico se recusou a assinar (justificar a justificativa) _____
- Médico realocado (fornecer qualquer informação disponível) _____
- O médico não está acompanhando o(s) paciente(s) (por favor, forneça um novo médico a seguir)

- Outros (fornecer detalhes) _____

Confirmo que não foram necessárias várias tentativas porque:

Como Representante Medtronic, certifico que as informações contidas neste formulário são, tanto quanto sei, completas e precisas.

Nome do representante Medtronic (impressão):

Título do representante Medtronic (impressão):

Assinatura Representativa Medtronic (Tinta):

Data:

Por favor, envie este formulário preenchido (ou perguntas) por e-mail para a Medtronic em rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com.