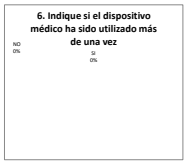
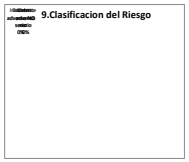
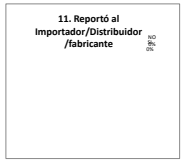
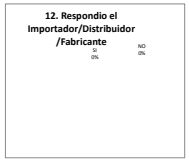
LOGO DE LA INSTITUCION	NOMBRE DE LA INSTITUTCION ESTADISTICAS DE EVENTOS E INCIDENTES ADVERSOS CON DISPOSITIVOS MEDICOS Datos de la institucion (Direccion, telefono, e-mail, nit, etc.) PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA	DATOS DE LA REVISION POR CALIDAD

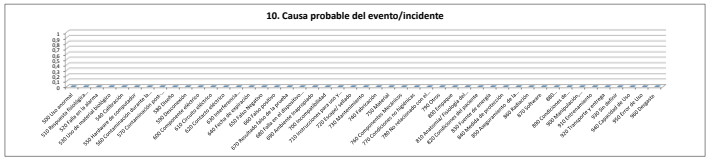
C. IDENTIFICACION DEL DISPOSITIVO MEDICO SOSPECHOSO									E. GESTION REALIZADA		
1. Nombre del Dispositivo Médico	2. Clasificacion del riesgo del Dispositivo Medico	3. Nombre o Razón social del Fabricante	4. Nombre o razón social del importador y/o distribuidor	5. Área de funcionamiento del dispositivo médico en el momento del evento/incidente	6. Indique si el dispositivo médico ha sido utilizado más de una vez	7. Cantidad de veces usadas	8. Trimestre del Año	9. Clasificacion del evento - incidente	10. Causa probable del evento/incidente	11. Reportó al Importador/Distribuidor /fabricante	12. Respondio el Importador/Distribuidor /Fabricante

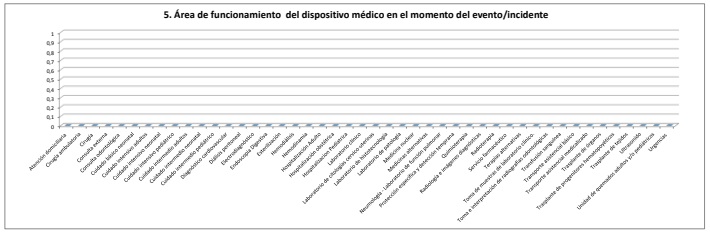











5. Área de funcionamiento del dispositivo médico en el momento del evento/incidente
1
0,9
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
Atención ambulatoria
Cirugía ambulatoria
Cirugía
Consulta externa
Consulta externa
Consulta externa