

[PILNE: NOTATKA BEZPIECZEŃSTWA / DZIAŁANIA KORYGUJĄCE DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA]  
[PILNE: WYCOFANIE Z UŻYWANIA – DZIAŁANIA KORYGUJĄCE DOTYCZĄCE WYROBU MEDYCZNEGO]

**Temat: aplikatory bipolarne CelonProSurge – zmiana przeciwwskazań**

Numer modelu	Opis modelu	Numer serii
[]	[]	[]

Potwierdzam przeczytanie dokumentu [działania korygujące dotyczące wyrobu medycznego] w odniesieniu do powyższych aplikatorów bipolarnych. Rozumiem, że muszę sprawdzić wykaz sprzętu oraz poinformować wszystkich właściwych pracowników o zmianie przeciwwskazań. Po otrzymaniu nowych instrukcji zastąpię nimi oryginalne instrukcje użytkowania aplikatorów bipolarnych.

**Wybierz opcję A lub B:**

- A) \_\_\_\_ Potwierdzam sprawdzenie wykazu sprzętu. Moja placówka NIE posiada żadnego z powyższych aplikatorów bipolarnych. Potwierdzam poinformowanie wszystkich właściwych pracowników o zmianie przeciwwskazań.
- B) \_\_\_\_ Potwierdzam sprawdzenie wykazu sprzętu. Moja placówka wymaga następującej liczby zaktualizowanych instrukcji: \_\_\_\_\_. Potwierdzam poinformowanie wszystkich właściwych pracowników o zmianie przeciwwskazań.

Nazwa placówki/szpitala (podać pełną nazwę):

---

Adres:

---

Kod pocztowy/miejscowość:

Kraj:

---

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

---

Data:

Podpis:

---

**Uzupełniony i podpisany formularz prosimy przesłać faksem [+48 22 831 04 53] lub e-mailowo [sylwia.kuptel@olympus-europa.com].**