|  |
| --- |
| **NOTIFICADOR*****REPORTER*** |
| CLIENTE*CUSTOMER* |  |
| NOME*NAME* |  |
| TITULO*TITLE* | [ ]  Médico [ ]  Farmacêutico [ ]  Enfermeiro [ ]  Doente [ ]  Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Doctor Pharmacist Nurse Patient Other* |
| TELEFONE*PHONE NUMBER*  |  | E-MAIL |  |
| **FUNCIONÁRIO BAXTER QUE REPORTA A RECLAMAÇÃO*****BAXTER EMPLOYEE REPORTING THE COMPLAINT*** |
| NOME*NAME* |  |
| DATA EM QUE O FUNCIONÁRIO BAXTER RECEBEU A RECLAMAÇÃO*DATE BAXTER EMPLOYEE FIRST NOTIFIED* |  |
| **DETALHES DA RECLAMAÇÃO*****COMPLAINT DETAILS*** |
| PRODUTO*PRODUCT* |  | CÓDIGO*CODE* |  |
| LOTE*LOT* |  | N.º SÉRIE*SERIAL NUMBER* |  |
| NÚMERO UNIDADES IMPACTADAS PELO DEFEITO *NUMBER OF UNITS IMPACTED BY THE DEFECT* |   | AMOSTRA DE UNIDADE COM DEFEITO DISPONÍVEL*SAMPLE OF DEFECTIVE UNIT AVAILABLE* | [ ]  SIM [ ]  NÃO *YES NO* |
| **DETALHES DO DOENTE***PATIENT DATA* |
| DOENTE ENVOLVIDO*PATIENT INVOLVED* | [ ]  SIM [ ]  NÃO*YES NO* |
| COMO ESTEVE O DOENTE ENVOLVIDO E QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS?*HOW WAS THE PATIENT INVOLVED AND RELATED CONSEGUENCES?* |  |
| INICIAIS DOENTE*PATIENT INITIALS* |  | SEXO*GENDER* |  | DATA NASCIMENTO / IDADE*DATE OF BIRTH / AGE* |  |
| **DESCRIÇÃO DO EVENTO*****EVENT DESCRIPTION*** |
|  |
| DATA DO EVENTO*EVENT DATE* |  |
| REQUERIDA RESPOSTA ESCRITA? *IS A WRITTEN ANSWER REQUIRED?*  | [ ]  SIM [ ]  NÃO *YES NO* |
| **NOTA***NOTE* |
|  |
| **ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA:*****SEND THIS FORM TO:*** |
| **complaints\_intake\_EMEA@baxter.com** |