|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | |