

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE DU CHS

SECTION A INFORMATION PRODUIT

1. PRODUIT: _____
2. 1^{ER} NUMÉRO DE SÉRIE _____
3. 2^E NUMÉRO DE SÉRIE _____
4. BON DE COMMANDE _____
5. ÉTALONNAGE? OUI NON *SI OUI À LA # 5, PASSEZ À LA PARTIE E*

REMARQUE: LE CLIENT DOIT FOURNIR DES DÉTAILS EXACTES DES ARTICLES QUI SERONT ENVOYÉS POUR UN SERVICE OU UN RETARD PEUT SE PRODUIRE.

SECTION B DÉTAILS DE DEMANDE DE SERVICE

6. LE DYSFONCTIONNEMENT REPRODUCTIBLE? OUI NON N/A
7. L'INTERMITTENT DE DYSFONCTIONNEMENT? OUI NON N/A
8. L'UNITÉ EST-ELLE ISOLÉE À UN DYSFONCTIONNEMENT SPÉCIFIQUE? OUI NON N/A
9. DÉTAILS : _____

10. DÉFAILLANCE IDENTIFIÉE PENDANT: RÉPARATION INSPECTION
INSTALLER PROCEDURE DU
NETTOYAGE PATIENT
AUTRE (PRÉCISEZ): _____
11. DES QUESTIONS DE SÉCURITÉ ENVIRONNEMENTALE? (FUMÉE, SURCHAUFFE, ETC.)? OUI NON
12. L'ÉCHEC DE L'APPAREIL / DE L'INSTRUMENT A-T-IL RÉSUÉLÉ DES DOMMAGES PATIENTS / UTILISATEUR: YES NO *(en cas de blessure / décès / retard, compléter la page 2)*

SECTION C DÉTAILS DU CLIENT

DEMANDÉ PAR (NOM): _____ DÉPARTEMENT : _____
N ° TÉLÉPHONE: _____ COURRIEL: _____
NOM DE L'HÔPITAL : _____
N ° DE CLIENT: _____

CHS USAGE INTERNE SEULEMENT

SOLUTION DE DÉPANNAGE : _____

QUESTIONS DE SUIVI: _____

\$ RÉPARATION ESTIMÉ: _____

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE DU CHS

SECTION D DÉTAILS DE L'ÉVÈNEMENT

(COMPLETEZ UNIQUEMENT CETTE SECTION SI OUI A LA SECTION B.12.)

1. L'ÉCHEC DE L'APPAREIL A-T-IL ÉTÉ : BLESSURE DÉCÈS RETARD AUTRE (SPÉCIFIER): _____

SECTION E INFORMATION PATIENT

2. NOM DU PATIENT: _____
3. ÂGE: _____
4. SEXE (H/F): HOMME FEMME
5. POIDS: _____
6. COMMENT L'ÉVÈNEMENT A-T-IL ÉTÉ RÉSOLU ? : _____

7. L'APPAREIL A-T-IL ÉTÉ SUPPRIMÉ? _____

8. LE DISPOSITIF A-T-IL ÉTÉ REMPLACÉ PAR UN AUTRE DISPOSITIF? OUI NON
9. SI OUI À D.8. QU'EST-CE QUE LE NOUVEAU DISPOSITIF? _____

10. QUEL TYPE DE PROCÉDURE A ÉTÉ EXÉCUTÉ? _____

11. LA PROCEDURE A-T-ELLE ETE ACHEVEE COMME PREVUE? _____

12. EXISTE-T-IL DES OPÉRATIONS ALTERNATIVES? _____

INFORMATION DU JOURNALISTE (SI DIFFERENT DE LA SECTION C)

DEMANDÉ PAR (NOM): _____ DÉPARTEMENT: _____
N ° TÉLÉPHONE: _____ COURRIEL : _____