

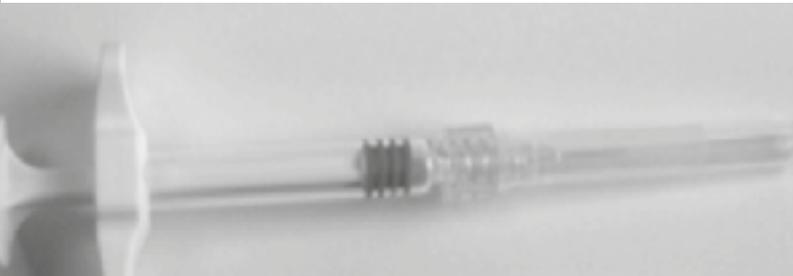
FORMULÁRIO PARA RELATO DE QUEIXAS TÉCNICAS

Favor enviar o formulário preenchido e foto da seringa para farmacovigilanciamb@merz.com

Preenchido pela MERZ:

Nº Local do Caso:

Data de recebimento Merz:

| Autoriza o contato da area técnica? | | | |
|---|--------|---|----------------------------|
| Sim | email: | Telefone: | Não |
| 1- Dados do Profissional de Saúde: | | | |
| Nome: | | | |
| Número de inscrição no conselho: | | Especialidade: | |
| Endereço: | | | |
| CEP: | | Cidade / Estado: | |
| CPF: | | Telefones: | |
| 2- Detalhes do Produto: | | | |
| Produto/NºLote: | | Produto foi utilizado? | Sim Não |
| Agulha Utilizada: | | Esta queixa técnica causou algum evento adverso? | Sim Não |
| Data da Aplicação: | | Produto disponível? | Sim Não |
| | | Autoriza retirada do produto? | Sim Não |
| Qual sua experiência com a linha de Preenchedores da MERZ: | | | |
| > 10 injeções | | > 30 injeções | > 50 injeções |
| 3- Resumo da Queixa: | | | |
| Indicar com seta a localização do problema: | | Indicar a natureza do problema: | |
|  | | Desconexão do Luer Lock Desconexão da agulha Vazamento do gel por baixo do Luer Lock Agulha obstruída (necessidade de troca da agulha) Outro: (Especificar) | |
| Descrição da reclamação: | | | |
| Em que momento da aplicação o problema ocorreu: | | Antes | Durante Final da Aplicação |
| Importante: Por favor, entregar o produto em sua embalagem original, sem materiais perfurantes. | | | |
| Data | | Assinatura | |
| | | | |

CONFIDENCIALIDADE E DIREITO DE PROPRIEDADE

O conteúdo deste documento é confidencial e de propriedade da MERZ. Não deve ser disponibilizado sem autorização por escrito. Uso não autorizado, divulgação ou reprodução é estritamente proibido. Concordo que a Merz Farmacêutica Comercial Ltda está coletando e processando os dados fornecidos, conforme exigido pela legislação local. Tenho ciência que posso revogar este consentimento a qualquer momento. Eu sei que a Merz Farmacêutica Comercial Ltda é obrigada pela lei aplicável a documentar, avaliar e relatar, se necessário, eventos adversos/desvios de qualidade às autoridades competentes responsáveis. As informações fornecidas não serão acessadas por pessoas não autorizadas da Merz Farmacêutica Comercial Ltda. Os meus dados de contato serão tratados de forma confidencial de acordo com as leis de proteção de dados aplicáveis.

FRM-SOP-PV-002_05
SAC 0800 709 6379