

Duomenų apie naudojamus
medicinos prietaisus registravimo
ir pateikimo tvarkos aprašo
7 priedas

(Duomenų apie angiografus pateikimo forma)

(įstaigos pavadinimas)

(įstaigos adresas)

(įmonės kodas, telefonas, faksas, el. paštas)

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie
Sveikatos apsaugos ministerijos

DUOMENŲ APIE ANGIOGRAFUS PATEIKIMO FORMA

Nr. _____
(data)

(sudarymo vieta)

1. Duomenys apie medicinos prietaisą

Medicinos prietaiso pavadinimas	Tipas/ modelis	Partijos/ serijos numeris	Gamintojo pavadinimas	Gamintojo šalies kodas (pvz., LT)	Pagaminimo data	Išsigijimo data	Naudojimo pradžios data	Aproba- vimo doku- mento Nr.	CE ženklas yra/nėra	Paskelb- tosios įstaigos numeris	Naudojimo vieta (pvz., skyrius, kab. Nr.)

2. Techninės medicinos prietaiso charakteristikos:

- 2.1. Tipas:** ☐ Mobilus ☐ Stacionarus
- 2.2. Injektoriaus tipas:** ☐ Automatinis ☐ Neautomatinis ☐ Be injektoriaus
- 2.3. Naudojimo sritys:** ☐ Gydymas ☐ Diagnostika

(pareigų pavadinimas)

(parašas)

(vardas ir pavardė)