



Date de réclamation
 / /

Document Qualité

RECLAMATION CLIENT – IMPLANT PARIETAL CEREMESH®

Merci de renvoyer ce formulaire dûment rempli par voie postale, fax ou e-mail (reclamation@cereplas.com). Tout retour de produit doit systématiquement être accompagné de ce formulaire. Ce formulaire peut être renvoyé seul.

VOTRE COMMANDE CHEZ CEREPLAS

Nom, prénom du client :

☒ Adresse complète du client :

☎ Tél : et/ou ☎ Fax : et/ou @ e-mail :

N° de votre commande : Date de votre commande :

Adresse de facturation (si différente) :

VOTRE RECLAMATION – IMPLANT PARIETAL CEREMESH®

RUPTURE DE STOCK
 Référence souhaitée : Quantité souhaitée :
 Remarque(s) :

INCIDENT (Si possible, joindre des photos pour analyse)
 Référence : Numéro de lot :
 Date de détection : Date d'implantation :

Indication de mise en place : Hernie inguinale / scrotale Hernie fémorale Hernie ombilicale
 Hernie épigastrique Eventration Autre, précisez :

Type d'incident : Récidive Douleur Infection Hématome Sérôme Rétention urinaire
 Obstruction intestinale Autre, précisez :

Incident survenu : Avant l'intervention Pendant l'intervention Après l'intervention
Explantation de l'implant : OUI NON (Si oui, précisez la date : / /)
Circonstances de survenue :

Conséquences cliniques observées :

Mesures entreprises :

Déclaration à l'autorité compétente réalisée : OUI NON Si oui, N° de déclaration :

AUTRE(S) RECLAMATION(S), PRÉCISEZ :

N°ENREGISTREMENT : (A compléter par le service qualité de CEREPLAS)
 Transmis au service qualité de CEREPLAS le / /

CEREPLAS s'engage à vous répondre sous 3 semaines, suivant la date de réception au service Qualité