



## RECLAMATION CLIENT – IMPLANT PARIETAL CEREMESH®

Merci de renvoyer ce formulaire dûment rempli par voie postale, fax ou e-mail ([reclamation@cereplas.com](mailto: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