

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE ALERTAS

| PREGUNTA | INFORMACIÓN A DILIGENCIAR |
|---|--|
| 1. FECHA DE VERIFICACION <i>dd/mm/aaaa</i> | Fecha en la que se realiza la verificación de alertas. |
| 2. NOMBRE DE LA PERSONA QUE VERIFICO | Nombre del profesional que realiza la consulta de Alertas. |
| 3. PRESENTA ALERTAS RECALL | Se seleccione <u>Si</u> , Si hay dispositivos que utilicen en la institución. <u>No</u> , Si NO hay dispositivos que utilicen en la institución. |
| 4. NOMBRE DEL DISPOSITIVO MEDICO | Nombre Comercial o Comun del Dispositivo que se utilice en la institución. |
| 5. REGISTRO SANITARIO / PERMISO DE COMERCIALIZACION | Registro sanitario del dispositivo que utilicen en la institución. |
| 6. HIPERVINCULO | Copie y pegue la dirección electronica de la pagina web del INVIMA donde esta la alerta. |
| 7. ACCIONES TOMADAS | Medidas a tomar si hay alertas que apliquen a los dispositivos medicos que utilicen en la institución. |

NOTA: Si en la verificación hay alertas de dispositivo medicos que utilicen en la institución se debe llenar todo el fomato. Si al verificar hay dispositivos dispositivos que NO utilicen la institución solo deben diligenciar las preguntas 1,2 y 3.