

**FICHA DE BIOVIGILANCIA:
INCIDENTES**

**ESTE MODELO ES ÚNICAMENTE ORIENTATIVO, PUDIÉNDOSE UTILIZAR
CUALQUIER FORMATO PARA LA NOTIFICACIÓN. LO IMPORTANTE ES
NOTIFICAR**

CENTRO QUE DECLARA:		
FECHA ____/____/____	COMUNIDAD AUTONÓMA:	ANDALUCÍA

1. Persona que notifica	
1.1 Identidad	1.2 Datos de contacto
Nombre:.....	Teléfono:.....
Apellidos:.....	Fax:.....
Titulación:.....	E-mail:.....
	Dirección:.....

2. Tejido óseo humano liofilizado y/o desmineralizado
Nombre comercial:.....Nº identificación (referencia/lote).....

3. Descripción del Incidente	
3.1 Fecha de detección del Incidente	____/____/____
3.2 Tipo de Incidente. Descripción:	

4. Análisis. Acciones correctivas y preventivas	
4.1 Investigación y conclusiones	
4.2 Descripción de las medidas puestas en marcha	
4.3 Fecha de Información a la Coordinación Autonómica:	____/____/____
Fecha y firma de la persona que cumplimenta esta ficha	

REMITIR A LA COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES
Fax: 955 40 76 36
Correo E.: ctrasplantes.sc.sspa@juntadeandalucia.es