リセットボタン

アルコンサージカル製品不具合連絡フォーム

アルコン製品の不具合については本フォームをご記入頂き、返品される製品と一緒にお送りください。
何かご不明な点がございましたら、弊社の担当者もしくは、２ページ目のご連絡先までお願いいたします。
下の情報は、不具合返品処理において非常に重要です。ご記載もれのないよう、何卒ご協力ください。

ご施設名	ご施設住所、または電話番号
先生のお名前	先生

●送付する製品の情報

製品コード		製品名	
ロット番号		IOL：シリアル番号・度数	
送付個数	□不具合品　　個	感染症患者への使用	□なし □あり □不明
	□返却無　（理由：廃棄）		※ありの場合はご返却不要です

●不具合発生状況　※複数の発生日をご記入の際は、明細を不具合詳細欄へご記入ください。

不具合の発生日	不具合発生タイミング	
年　　月　　日	□開封前(未開封) □開封時 □テスト・セッティング時 □手術前 □手術中（□患者への接触あり □患者への使用前） □術後 □不明	
製品の使用回数	□初回使用　□再使用　（　　例目）	
カセット・パック関係	眼内レンズ関係	その他・共通
□プライミングテスト不良 □エラーメッセージ➡ｺｰﾄﾞ（　　） □灌流不良➡ □少ない □全く出ない □吸引不良➡ □US 時 □IA 時 □プローブ不具合 ➡ □駆動 □カッティング □吸引 □照射不良➡ □エーミング □レーザー □ライトガイド、イルミネータ光量不足 □液漏れ➡箇所（　　） □認識不良➡製品（　　） □カセットのセッティング・装着不良	□レンズの詰まり □レンズの急速発射 □レンズの挿入不良 □タッキング不良 □プランジャー ➡ □曲がり □空振り □インジェクター動作不良 IOL 関連の不具合は多岐にわたるため、事象について不具合詳細に必ずご記入ください。	□損傷➡箇所（　　） □異物、汚れ➡箇所、形状を詳細欄へ □包装不良 □構成品不足➡製品（　　） □エクスプレス挿入（リリース）不全 □エクスプレス本体の外れ □鉗子・鑷子の先端開閉不良 □鉗子の把持不良 □BSS 液漏れ➡箇所（　　） □BSS 移注不良 □その他➡詳細欄へ
不具合詳細（事象の一連の流れ・詳細についてお教えください） ※施設からお聞きになっている情報について必ずご記入ください。		

不具合による健康被害	□ なし □あり➡（　　）
副作用（医薬品）	□ なし □あり➡（　　）➡年齢（　　歳）イニシャル（　　）性別（□女性 □男性）
手術完了/中止	□製品交換して完了➡交換した製品 □同じ製品 □他の製品（　　） □該当製品をそのまま使用して完了 □術式変更 □手術中止 □その他➡（　　）

☆2 枚目（裏面）もご記入をお願いします。

情報収集のご協力をお願いいたします。

調査結果報告書	□不要 □必要 ➡報告書要で先生のお名前が必要な場合のみ(　　先生御侍史) ➡製品のご返送がない場合、調査結果報告書の作成はお受けできかねます。
不具合発生時の術式	□白内障手術 □硝子体手術 □白内障硝子体同時手術 □緑内障手術 □その他(　　)
使用していた器械	□コンステレーション □センチュリオン □インフィニティ □その他(　　)

➡IOL 関連の場合はこちらもご記入ください。

IOL は一部分でも眼内に入りましたか？	□眼内に入っていない □眼内に入った ➡□同術中に入れ替えた □入れ替えせずそのまま留置
使用していたインジェクター	□モナークハンドピース（銀色）□モナークハンドピース（青色） □その他(　　)
使用カートリッジ	□カートリッジＡ □カートリッジＢ □カートリッジＣ □カートリッジＤ
使用粘弾性物質	□ビスコート □プロビスク □ディスコビスク □その他(　　)

●報告者情報（あなたのお名前/ 会社名）　ご記入日：　　月　　日

お名前	会社名	ご連絡先　※日中連絡の取れる電話番号

ご協力いただき誠にありがとうございました。

【お問い合わせ・不具合品返品送付先】

〒135-0016

東京都江東区東陽 7−5−8 東陽町 ML プラザ4F

日本アルコン株式会社　サージカル不具合品返品担当

FAX：03-3699-2825

TEL：03-3699-2821

—アルコン記入欄—

受領日	ALJ#