**Tilkynning eiganda/notanda um atvik**

**vegna Ígræðanlegs lækningatækis**

**Notification for owner/user**

**of incident**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Framleiðandi lækningatækis:  (Manufacturer) | Heiti lækningatækis:  (Name of device) | | Tegund:  (Model) | | Ígræðsludagsetning:  (date of implantation) |
|  |  | |  | |  |
| Staður ígræðslu (valkvætt)[[1]](#footnote-1):  (Place of implantation, optional) | Ígrætt af (valkvætt):  (implanted by, optional) | | Hefur ígræði verið fjarlægt? (has implant been removed?)  Já Nei | | Ef já, hvenær fjarlægt?  (If yes, date of removal) |
| Eru upplýsingar um ígræði í ígræðsluskírteini?  JáEf, Já skírteinis Nr:  Nei | | | Fæðingarár ígræðaþega: (Birth year of implantee) | | Kyn ígræðaþega: (sex of implantee) |
|  | |  |
|  | | | | | |
| Lýsing atviks/einkenna:  (Description of incident)  Eru einhver líkamleg einkenni sem rekja má til ígræðis? Já Nei  Ef já, eru:  - Bólgur Já Nei  - Verkir Já Nei  - Roði Já Nei  - Ógleði Já Nei  - Svefnleysi Já Nei  - Minnisleysi Já Nei | | | | Dagssetning fyrstu einkenna:  (Date of first symtom) | |
| Önnur einkenni : | | | | | |
|  | |  | | | |

1. Starfstöð læknis þar sem ígræðsla fór fram. [↑](#footnote-ref-1)