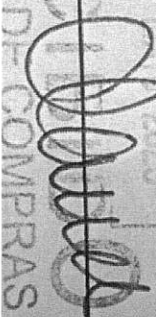


 FORMATO		Numero de documento: GAN-FOR-SGC-08-01	Versión: 02	Numero de hojas: Página 1 de 5
Título: REGISTRO DE QUEJA				
Fecha de Recepción de Queja: 19-05-2023	Nombre y firma de quien registra la Quejas: MAGALI JUAREZ VELASCO		Clave (Asignada por Aseguramiento) GAN/Q2023/013C2	
Cliente (razón social y nombre del representante de la empresa): OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES S.A. DE C.V. SUC. PEDREGAL			Teléfono: 55 5449 5500	
Domicilio:	CAMINO SANTA TERESA 1055 PISO 14 COL. HEROES DE PADIERNA, CDMX., DELG. LA MAGDALENA CONTRERAS			
Descripción detallada de la queja				
REPORTA EL KIT DE INSTALACION DE CATETER COMO UN PRODUCTO DE MALA CALIDAD <ul style="list-style-type: none"> • FALTAN GASAS • LA HOJA DE BISTURÍ NO EMBONA EN EL MANGO • EL PORTA AGUJAS NO CIERRA BIEN • LAS PINZAS ADSON NO CIERRAN • LA TOALLA DE SECADO NO SECA • NO ENCONTRO LA AGUJA HI • • PODERMICA 27G X 13 MM (que se menciona en la etiqueta del kit) 				
Vía de recepción de la Queja: (anexar e-mail, memorándum, fax, etc.)			TELEFONO Y MENSAJE	
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO DE QUEJA.				
Nombre Comercial:	ICA001-08.- INSTALACION DE CATETER CENTRAL		Caducidad: 11-MAR-2025	
Lote :	1000006475	Esterilización:	OT	Presentación:
Cantidad reportada con desviación(piezas):	28 PIEZAS	No de Factura:	21664	PIEZA
Procedencia de la Queja:		Marque con X	Quién?	
Sector Salud				
Sector Privado		X		
Consumidor				
Clasificación de la Queja:			Marque con X	
Queja Médica				
Queja por defectos de Calidad			X	
Queja Administrativa				
ACCIÓN SOLICITADA POR EL CLIENTE (MARQUE CON X)				
Canje		Revisión del producto en sus instalaciones		
Reposición		Re facturación		
Retiro de producto	X	Nota de crédito		
Cancelación de pedido		Otros (especificar)	REPOSICION DEL LOTE QUE AUN TIENEN EN EXISTENCIA	
Administrador de Quejas		Vo.Bo. Responsable Sanitario		
 Edgar Silva		 Alan Calera		

 Innplast FORMATO	Numero de documento: GAN-FOR-SGC-08-01	Versión: 02	Numero de hojas: Página 2 de 5
Título: <p style="text-align: center;">REGISTRO DE QUEJA</p>			
Nombre y Firma		Nombre y Firma	

EL CIRUJANO REFIERE: QUE EL EQUIPO ES DE MUY BAJA CALIDAD, ESTA INCOMPLETO (LAS GASAS INCOMPLETAS; MANGO DE BISTURI NO EMBONA EN LA HOJA; PORTA AGUIAS NO CIERRA BIEN AL IGUAL QUE LAS PINZAS ADSON; NO PRESENTA EL APLICADOR DE ANTISEPTICO REFERIDO EN LA ETIQUETA NO TIENE LA AGUIA HIPODERMICA; LA TOALLA DE SECADO NO SECA)

17 MAY 2023
 DEPTO DE COMPRAS

 9.40



FORMATO

Numero de documento:
GAN-FOR-SGC-08-01

Versión:
02

Numero de hojas:
Página 3 de 5

Título:

REGISTRO DE QUEJA

Formato de registro de Incidentes de Dispositivos
Médicos
FO-UTV-DSC-01

CLAVE			
No. NOTIFICACIÓN			

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre MVTZ		Fecha de nacimiento 01/07/1947	Edad 75 A	Episodio 9684070
Sexo F	Peso (kg)	Estatura (cm)	Servicio ONCOLOGIA	Habitación UDO 8
Médico tratante DR. CLAUDIO RENE MONTES DE OCA ORELLANA		Diagnóstico CA. DE COLON	Alergias NEGADAS	
Antecedentes de importancia NINGUNA				

2. INFORMACIÓN DEL DISPOSITIVO

Nombre Genérico EQ. DE INSTALACION DE CATERER CENTRAL		Marca MEDPOL		
Nombre Comercial EQ. DE INSTALACION DE CATERER CENTRAL		Modelo 1DM5-66-ICA00108		
Registro Sanitario o Permiso 0285E2020 SSA		No. Serie 7503000494433.00	Lote 1000006475	Referencia ICA001-08
Nombre o razón Social de Fabricante INDUSTRIAS NACIONALES PLASTICAS S.A. DE C.V.		Área de funcionamiento del dispositivo médico en el momento del evento/incidente Dispositivo Médico para Usarse con Paciente		
Uso del Dispositivo Médico PROCEDIMIENTO QUIRURGICO		Adulto Pediátrico Neonatal Geriátrico <input checked="" type="checkbox"/>		

3. EVENTO O INCIDENTE ADVERSO

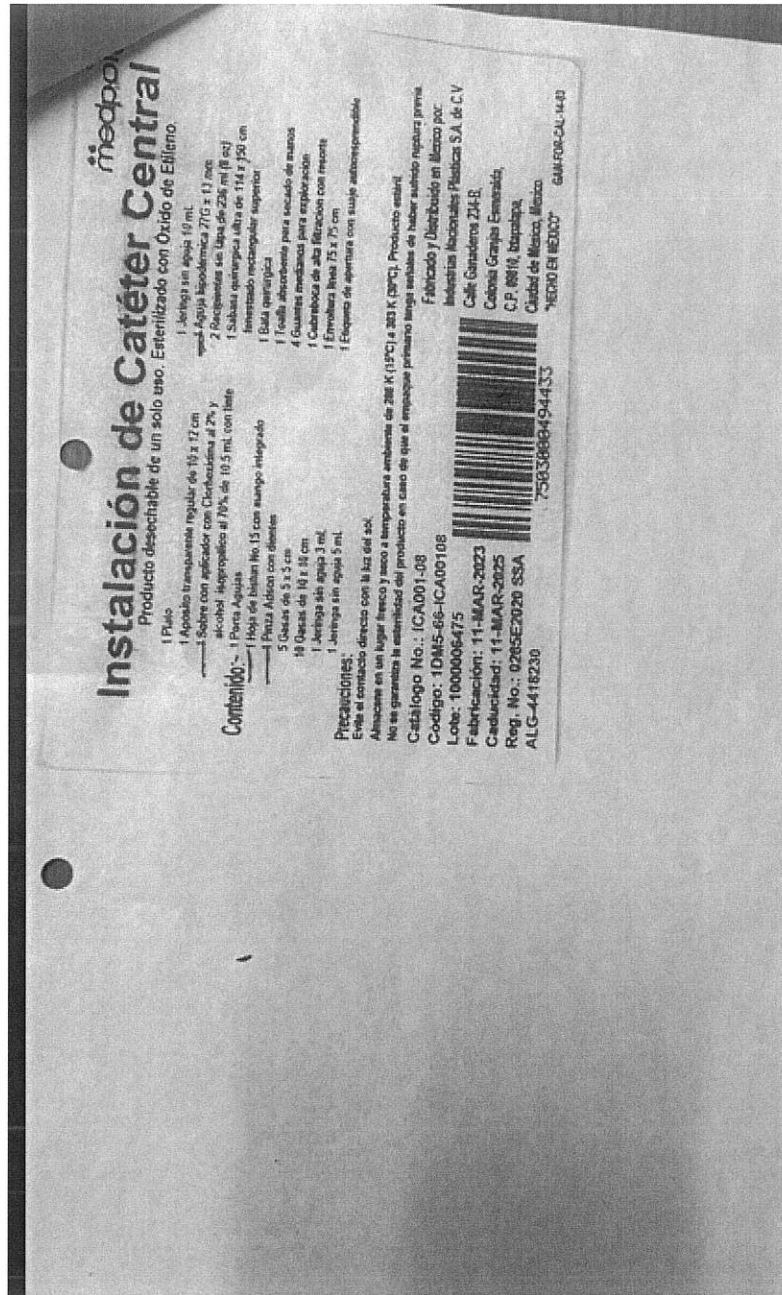
Inicio				Termino				Signos y síntomas N/A	
Fecha	25/05/2023	Fecha	16:30	Médico que califica: DR. CLAUDIO RENE MONTES DE OCA ORELLANA					
Hora	16:30	Hora	17:20						


Detección del evento/incidente adverso		Descripción del Incidente o Evento EL CIRUJANO REFIERE: QUE EL EQUIPO ES DE MUY BAJA CALIDAD, ESTA INCOMPLETO (LAS GASAS INCOMPLETAS; MANGO DE BISTURI NO EMBONA EN LA HOJA; PORTA AGUIAS NO CIERRA BIEN AL IGUAL QUE LAS PINZAS ADSOM; NO PRESENTA EL APLICADOR DE ANTISEPTICO REFERIDO EN LA ETIQUETA NO TIENE LA AGUIA HIPODERMICA; LA TOALLA DE SECADO NO SECA)
Antes del uso del DM1		
Durante el uso del DM	X	
Después del uso del DM		
Clasificación		
Evento adverso serio		
Evento adverso no serio		
Incidente adverso serio		
Incidente adverso no serio		

RECIBIDO
DEPTO. DE COMPRAS
9.40

Título:

REGISTRO DE QUEJA



 Innplast FORMATO	Numero de documento: GAN-FOR-SGC-08-01	Versión: 02	Numero de hojas: Página 5 de 5
Título: REGISTRO DE QUEJA			

A

κ