

**Service de reconditionnement de pinces-coupon de retournement**

**Numéro de client:**

**Date:**

**RMA-N°:**

| Numéro d'article | Dénomination du produit | LOT | Quantité |
|------------------|-------------------------|-----|----------|
|                  |                         |     |          |
|                  |                         |     |          |
|                  |                         |     |          |
|                  |                         |     |          |
|                  |                         |     |          |
|                  |                         |     |          |
|                  |                         |     |          |
|                  |                         |     |          |
|                  |                         |     |          |
|                  |                         |     |          |

**EXCLUSIVEMENT LES PINCES DÉCONTAMINÉES ET PRÉPARÉES SONT ACCEPTÉES**

Je certifie par la présente (veuillez cocher la case appropriée) :

- que le dispositif médical attaché n'est PAS entré en contact avec du sang ou des liquides organiques et qu'il est inoffensif du point de vue hygiénique.
- que l'instrument médical attaché est entré en contact avec du sang ou des liquides organiques. Il a été nettoyé et décontaminé:
  - Stérilisation à la vapeur (3 min. à 134°C ou 15 min. à 121°C)
  - Autre méthode (veuillez préciser):
- qu'il n'était PAS nécessaire de décontaminer l'instrument médical attaché parce qu'il n'était pas utilisé à des fins médicales.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec la ou les personne(s) suivante(s) :

|               |                    |                  |  |  |  |
|---------------|--------------------|------------------|--|--|--|
| Nom:          | Tél.:              | E-mail:          |  |  |  |
| Préparé par : | Signature:         | Écriture claire: |  |  |  |
| Date:         | Cachet du cabinet: | Date:            |  |  |  |