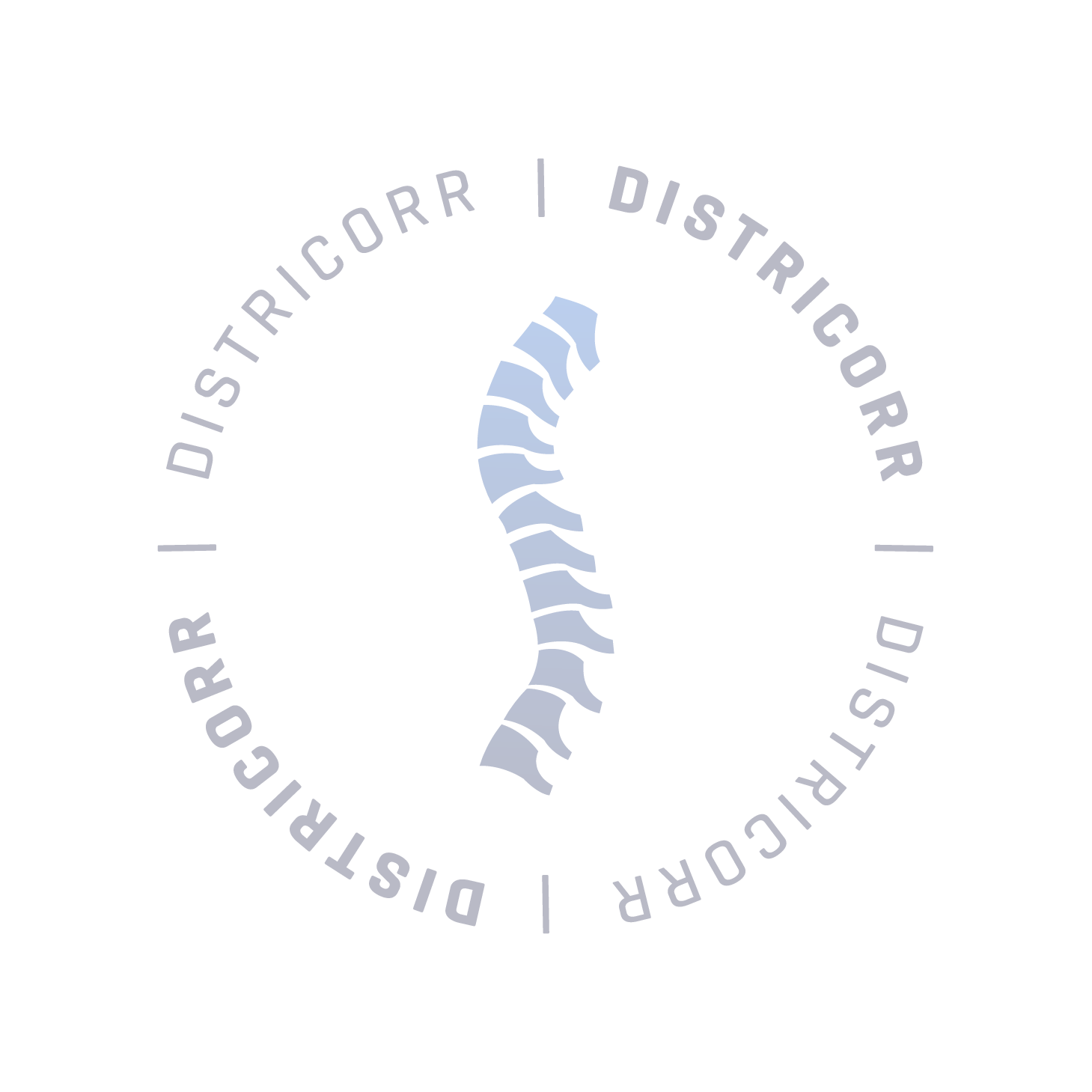
**Nota de Recordatorio sobre la Devolución de Material Médico**

Queremos recordarles la importancia de seguir las siguientes pautas al momento de devolver el material médico utilizado.

**Limpieza y Acondicionamiento de Cajas**

**Remito y Certificado de Implantes**: firmados y sellados por el médico actuante.

**Conservar y Adjuntar Stickers.**

**Reporte de Consumo y Condiciones del Material**: Informen sobre el consumo de material utilizado y cualquier inconveniente que hayan tenido con el instrumental. También, reporten cualquier evento que consideren que podría mejorar nuestros procesos.

**Completar con Fotografía**: Al devolver la caja, es obligatorio sacar una foto del instrumental y de los implantes para verificar cantidades y condiciones. Esta imagen debe ser enviada al WhatsApp 3774 - 404291 (Depósito: Leticia Torres).

**Devolución o Aviso**: El plazo de devolución del material no debe exceder las 48 horas, siempre y cuando el instrumentador/a sea el responsable de logística. En caso de no ser así, deben avisar la finalización de la cirugía lo antes posible.

Agradecemos su atención y compromiso con estos procedimientos.

Atentamente.

**DISTRICORR SRL**

|  |
| --- |
| **Fecha de cirugía: {{ fecha\_cirugia }}  Nombre del Doctor: {{ medico }} Paciente: {{ paciente }}  Tipo de cirugía : {{ tipo\_cirugia }} Lugar: {{ lugar }}**  ***\*CONSUMO REALIZADO EN LA CIRUGIA:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Por lo tanto, ser verifica que el/la Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre de instrumentador) ha cumplido con su función profesional durante la cirugía realizada. |

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO POST CIRUGIA**

***Su opinión es importante para nosotros, queremos mejorar para usted: agradecemos su colaboración completando el cuestionario para optimizar nuestro servicio.***

1. ¿Recibió el set de **Instrumental**/**Implantes** completo? ***SI / NO***
2. Si su respuesta fue negativa, ¿se le informó a tiempo sobre la falta de estos instrumentos/implantes? ***SI* /*NO***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Siendo 1 - Malo [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 - Excelente | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Puntualidad de entrega por parte de la empresa |  |  |  |  |  |
| Condiciones del instrumental en general |  |  |  |  |  |
| Asesoramiento del técnico en cirugía |  |  |  |  |  |
| Evaluación general |  |  |  |  |  |

1. Marque con una ***“X”*** lo que corresponda***.***
2. Representante ventas que lo visito:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Comentarios / Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | **INSTRUMENTACIÓN SIN LOGÍSTICA** |
|  | **INSTRUMENTACIÓN CON LOGÍSTICA** TRANSPORTE UTILIZADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Marque con una **“X”** lo que corresponda***.***

En este documento se aclara expresamente los siguientes puntos:

* ***“Es obligatorio despachar la caja dentro de las 48 horas posteriores a la conclusión de la cirugía.”***
* **“Sin la firma de este documento no se gestionará el pago por los servicios prestados, sin excepción alguna.”**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
!Gracias por su tiempo y predisposición en los servicios prestados!  
Atte.: DISTRICORR SRL.**

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRO DE ENVIO DE MATERIALES** | **FECHA  {{ fecha\_emision\_corta }}** |
| **INSTRUMENTAL, IMPLANTES, DESCARTABLES, EQUIPOS MEDICOS.** | **CODIGO: REG -C3-01-01-G** |

ID: {{ unique\_id }}

|  |  |
| --- | --- |
| **CLIENTE** | {{ cliente }} |
| **PACIENTE** | {{ paciente }} |
| **MEDICO** | {{ medico }} |
| **INSTITUCIÓN** | {{ lugar }} |
| **TECNICO:** | {{ tecnico }} |
| **COORDINADOR DE CX** | {{ coordinador\_cx }} |
| **ENCARGADO**  **DE LOGISTICA** | {{ encargado\_logistica }} |
| **ENCARGADO/A DE PREPARACIÓN DE LA CAJA** | {{ encargado\_preparacion }} |
| **OBSERVACIONES:** | {{ observaciones\_generales}} |

**{% if image\_rows %}**

**{% for row in image\_rows %}**

|  |
| --- |
| **{% if row[0] %}{{ row[0] }}{% endif %}** |
| **{% if row[1] %}{{ row[1] }}{% endif %}** |
| **{% if row[2] %}{{ row[2] }}{% endif %}** |

**{% endfor %}**

**{% endif %}**