

ภาคผนวก 1: แบบฟอร์มหนังสือรับรองความจำเป็นทางการแพทย์ (CMN)

โปรดให้ข้อมูลต่อไปนี้:

ชื่อลูกค้า: _____

ที่อยู่: _____

อำเภอ: _____ จังหวัด: _____

รหัสไปรษณีย์: _____ ประเทศ: _____

หลังจากอ่านคู่มือการแจ้งเตือนที่แนบมาเกี่ยวกับผลการวิจัยขององค์การอาหารและยาที่โรงงานผลิตเอเทรียมฮัดสัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ประเมินความเสี่ยงและสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องและสรุปได้ว่ามีความจำเป็นทางการแพทย์ในทันทีสำหรับการใช้งานอย่างต่อเนื่องและการซื้อผลิตภัณฑ์เอเทรียมที่ระบุไว้ด้านล่างนี้และขึ้นส่วน ส่วนประกอบและอุปกรณ์เสริมที่เกี่ยวข้อง

- Chest Drains (Ocean/Oasis/Express)
- หลอดสวนฉีดยาเข้าเส้นเลือดสำหรับการรักษาในท้องถื่น (ClearWay RX/OTW)
- สเต็นท์แบบมีตาข่ายปกคลุม (Advanta V12)

ลายมือชื่อ: _____

ชื่อลูกค้า: _____

ชื่อ (พิมพ์): _____

ชื่อเรื่อง: _____

วันที่: _____

โทรศัพท์: _____

อีเมล (ถ้ามี): _____

กรุณาส่งแบบฟอร์ม CMN ที่กรอกเสร็จเรียบร้อยแล้วมาที่เอเทรียมโดยหนึ่งในสามวิธีดังนี้:

- *PDF:* cmn@atriummed.com
- *แฟกซ์ระหว่างประเทศ:* โปรดดูภาคผนวก 2 หน้า 9 สำหรับรายชื่อของหมายเลขโทรสารที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละประเทศ
- *ส่งทางไปรษณีย์:*
 - Office of Medical Affairs
 - Atrium Medical Corporation
 - 5 Wentworth Drive
 - Hudson, NH 03051 U.S.A.