



CHEMOEXFOLIATION  
**ENERPEEL®**  
**MODULO SORVEGLIANZA POST-VENDITA**

TebiPen™  
DISPOSITIVI MEDICI  
Classe I



TIPOLOGIA DI ENERPEEL® UTILIZZATO:

☐ ENERPEEL® EL  
soluzione contenente acido lattico (15%), acido tricloroacetico (3,75%);

☐ ENERPEEL® EL-PLUS  
soluzione contenente acido mandelico (20%), acido malico (15%),  
acido lattico (10%);

Lotto: \_\_\_\_\_

INFORMAZIONI RELATIVE AL MEDICO

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Ambulatorio / Ospedale / Denominazione: \_\_\_\_\_

Indirizzo / Località / CAP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

INFORMAZIONI RELATIVE AL DISPOSITIVO MEDICO

Patologia trattata: \_\_\_\_\_

Età del paziente: \_\_\_\_\_

Sesso del paziente: ☐ F ☐ M

| Si prega di esprimere un giudizio barrando la casella corrispondente alla propria scelta: |                                |                                 |                                   |                                |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| EFFICACIA                                                                                 | <input type="checkbox"/> Nulla | <input type="checkbox"/> Scarsa | <input type="checkbox"/> Discreta | <input type="checkbox"/> Buona | <input type="checkbox"/> Ottima |
| TOLLERABILITÀ                                                                             | <input type="checkbox"/> Nulla | <input type="checkbox"/> Scarsa | <input type="checkbox"/> Discreta | <input type="checkbox"/> Buona | <input type="checkbox"/> Ottima |

Se è venuto a conoscenza di complicazioni successivamente all'utilizzo del Dispositivo medico, Le chiediamo di indicare quali: \_\_\_\_\_

**Esplicita dichiarazione:** io sottoscritto dichiaro, sotto la mia responsabilità, di comunicare, con il presente modulo, dati veritieri.  
Sollevo, inoltre, GENERAL TOPICS S.r.l. da qualsiasi responsabilità diretta e indiretta derivante dall'utilizzo improprio dei Dispositivi Medici ENERPEEL®.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e firma

**Autorizzazione al trattamento dei dati personali:** ai sensi del Regolamento sulla Tutela dei Dati Personali (Regolamento UE 2016/679 e ss. mm. e ii.) informiamo che i Suoi dati saranno inseriti nella Banca Dati di cui è titolare GENERAL TOPICS S.r.l.. Tali dati saranno utilizzati da GENERAL TOPICS S.r.l. esclusivamente ai soli fini della Sorveglianza post-vendita di cui alla Dir. 93/42/CEE e ss. mm. e ii.. In qualsiasi momento potrà esercitare i Suoi diritti per chiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che La riguardano, richiederne la cancellazione od opporsi al loro utilizzo.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e firma

**MODULO SORVEGLIANZA POST-VENDITA**