

**SCHEDA IDENTIFICATIVA CAMPIONE DI PROVA**All.1 MORD it Rev 3 del
28/11/2023

Nome e Indirizzo del Cliente			
Nome del campione come verrà riportato nel Rapporto di Prova			
Tipologia di campione*			
Nome IUPAC (se applicabile)			
Numero CAS (se applicabile)			
Da compilare solo per dispositivi medici			
Nature of body Contact Rif Table A.1 ISO 10993-1 If applicable	Surface MD <input type="checkbox"/> Intact skin <input type="checkbox"/> Mucosal Membrane <input type="checkbox"/> Breached surface	Ext communicating MD <input type="checkbox"/> Blood path indirect <input type="checkbox"/> Tissue / bone / dentin <input type="checkbox"/> Circulating blood	Implant medical device <input type="checkbox"/> Tissue / Bone <input type="checkbox"/> Blood
Durata del contatto	<input type="checkbox"/> ≤ 24 ore	<input type="checkbox"/> > 24 ore to 30 giorni	<input type="checkbox"/> > 30 giorni
Area della superficie e spessore del dispositivo o peso del dispositivo			
Aspetto		<input type="checkbox"/> Dispositivo <input type="checkbox"/> Solido <input type="checkbox"/> Liquido <input type="checkbox"/> Gel <input type="checkbox"/> Polvere	
Codice/REF			
Lotto			
Sterilità <input type="checkbox"/> Sterile <input type="checkbox"/> Non-sterile			
Metodo di sterilizzazione: _____ Lotto di sterilizzazione: _____			
Dispositivo fabbricato da (Nome e indirizzo) se differente dal Cliente			
Data di produzione			
Data di scadenza / Valido fino a			
Data di rianalisi			
Numero di unità campione			
Condizioni di conservazione <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Refrigerato e asciutto (+2 to +8°C) <input type="checkbox"/> Congelatore (< -10°C) <input type="checkbox"/> Altro:			
Eventuali condizioni di trasporto controllate:			
Eventuali precauzioni di sicurezza			
Scheda di Sicurezza in allegato		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Certificato d'analisi		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Gestione GLP per i test richiesti		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
In caso di test non distruttivi i campioni saranno restituiti al Cliente (spese di spedizione a carico del Cliente)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ulteriori informazioni (opzionale)			
Nome del Referente del Cliente			
Firma e data			

*es. **Agrochimico, Farmaceutico, Prodotti chimici industriali, Cosmetici, Nutraceutici, Alimenti o additivi alimentari, Dispositivi medici, Altro (specificare)**

Parte riservata a Lab4LIFE	
Numero di accettazione:	Verificato da: