**中山大学孙逸仙纪念医院**

医用耗材试用风险责任承诺书

供应商名称：

医用耗材名称： 注册证号：

耗材生产厂家： （以医疗器械注册证-注册人名称为准）

为确保我公司提供的医用耗材的有效性、合法性和安全性，符合医院的《医用耗材试用管理规定》，我公司在提供医用耗材试用前，已提交相关资质资料到相关部门进行审核。现对医用耗材试用期间的风险进行责任承诺。

在医用耗材试用过程中，本公司对以下内容承诺：

一、免费提供医用耗材进行试用，不得以其他方式收取医用耗材费用。

二、医用耗材试用期间，本公司与科室一起密切留意医用耗材的使用安全。如发生不良反应，将立即采取必要的处置措施，停止此医用耗材的试用，并协助医院进行相关调查。

三、医用耗材试用期间，我公司对因为使用该医用耗材所导致

的医疗纠纷或医疗事故承担一切法律和经济责任。

供应商法人签名（单位公章）：

年 月 日

**中 山 大 学 孙 逸 仙 纪 念 医 院**

**医用耗材临床试用信息反馈表**

试用科室： 试用申请编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | 型号或规格 |  |
| 生产厂家 |  | 注册证号 |  |
| 供应商 |  | 试用数量 |  |
| 临床试用结果和意见：  科室负责人签名： | | | |
| 主管部门审批意见：  负责人签名： | | | |
| 设备科审批意见：  负责人签名： | | | |
| 院领导审批意见：  签名： | | | |