

# Revitive – Protocole Relatif Aux Appareils De Démonstration

**REVITIVE**<sup>™</sup>  
CIRCULATION BOOSTER®

Cher professionnel de santé,

Vous avez demandé ou vous êtes vu proposer le prêt d'appareils de démonstration Revitive pour votre clinique/cabinet/hôpital :

Nom

Adresse du cabinet/de l'hôpital

Vous avez reçu :

X appareils Revitive

Le présent document a pour objet de confirmer que vous comprenez et acceptez les conditions liées à la réception de ces appareils de démonstration :

Vous confirmez que vous comprenez à qui s'adressent les appareils Revitive, qui ne doit pas les utiliser, comment ils fonctionnent et comment il convient de les nettoyer. Il est important de veiller à ce que les électrodes TENS ne soient utilisées que par un seul patient.

Il vous incombe de sélectionner correctement les patients à qui vous prêtez les appareils Revitive en termes d'indications thérapeutiques et de contre-indications qui vous sont expliquées et présentées dans le mode d'emploi fourni.

Merci de prendre le temps d'expliquer au patient le fonctionnement de l'appareil Revitive, ses réglages et la durée recommandée d'utilisation de l'appareil pour chaque séance, ainsi que la fréquence quotidienne. Veillez à ce que le patient reçoive un exemplaire du mode d'emploi.

Nous vous recommandons de prêter l'appareil au patient pour une période de 4 à 6 semaines. Une fois ce temps écoulé, l'appareil devra vous être rendu.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le questionnaire destiné aux professionnels de santé pour chaque patient, et de transmettre le questionnaire des utilisateurs à vos patients. Veillez à obtenir un formulaire de consentement de la part de chaque patient avant la démonstration

Au terme de la période de prêt et à condition que le patient remplisse le formulaire et le renvoie à Actegy, celui-ci aura la possibilité d'acheter un appareil Revitive neuf à prix réduit. À la réception des coordonnées du patient, communiquées via le formulaire rempli, Actegy lui fournira un code de réduction.

Signé au nom de la clinique/de l'hôpital

Nom: \_\_\_\_\_

Poste: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_