

Nos réf. : PE/ALP

Objet : **Information de sécurité Ventouses obstétricales Kiwi® Lot n°150100**

Cher Client,

Vous nous commandez régulièrement des ventouses obstétricales Kiwi® et nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez.

Nous vous informons que le fabricant de ces dispositifs, la société Clinical Innovations, publie aujourd'hui une information de sécurité sur les **ventouses obstétricales Kiwi® réf. VAC-6000M du lot n°150100** que vous avez reçues en juillet **2015**.

En effet, une date d'expiration erronée apparaît sur les étiquettes d'identification de certains dispositifs de ce lot : au lieu de janvier 2018, il faut lire **janvier 2017**. Ces ventouses doivent donc être utilisées **avant le 31 janvier 2017**.

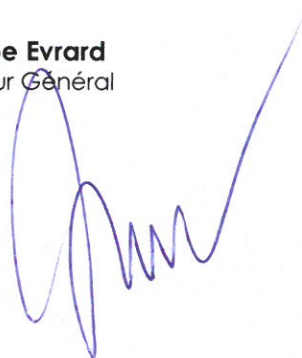
Nous vous invitons à vérifier le stock de dispositifs du lot n°150100 restant en votre possession et à nous retourner le formulaire joint dûment complété sous 10 jours afin d'accuser réception de cette information et de nous permettre, le cas échéant, de procéder à l'échange des unités incriminées.

Pour toute question relative à ce dossier, merci de contacter notre Département Usage Unique au 03.83.17.36.12.

En vous priant d'accepter toutes nos excuses pour les désagréments occasionnés, nous vous remercions encore de votre confiance,

Avec nos plus cordiales salutations,

**Philippe Evrard**  
Directeur Général



18-janv.-17

## Information de sécurité

### Ventouses obstétricales Kiwi® réf VAC-6000M Lot n°150100

#### Formulaire de réponse

Je dispose de .... (indiquer la quantité) ventouses Kiwi® du lot 150100 en stock et je ne suis pas en mesure de les utiliser avant fin janvier 2017. Je souhaite donc un échange\*.

Je ne dispose plus de ventouses Kiwi® du lot 150100 en stock

**J'ai pris connaissance de l'information de sécurité relative aux ventouses obstétricales Kiwi® du lot n°150100**

**Nom de votre établissement :**

Adresse d'enlèvement des dispositifs incriminés (le cas échéant) :

Nom, n° de téléphone et service de la personne à contacter pour cet échange :

**Nom, prénom et fonction du signataire :**

Date :

**Signature et cachet de votre établissement :**

**Formulaire à nous retourner  
par télécopie au 03.83.22.65.67 ou par mail à [dms@mvf.fr](mailto:dms@mvf.fr)**

\* L'échange concerne uniquement les dispositifs non utilisés conditionnés dans leur emballage d'origine.