

Adresse Client

Fondettes, le 03/06/2009

Objet : Information de sécurité concernant les vérins électriques "Dewert" montés sur lève personne Invacare® Kirilos.

Madame, Monsieur, Cher Client

Nous avons été informés par notre fournisseur de vérins Dewert d'un défaut de fabrication pouvant entraîner un risque pour la sécurité du Patient.

Ce défaut concernant le vérin électrique peut générer une descente rapide de la flèche du lève personne entraînant un risque de chute pour le Patient. A ce jour, nous n'avons été informés d'aucun incident de ce type.

Nous avons décidé de procéder par mesure de précautions aux remplacements de ces vérins. Nous vous ferons parvenir au plus vite les nouveaux vérins.

Dans l'attente, nous vous demandons, en accord avec l'Afssaps, d'informer dans les meilleurs délais les utilisateurs finaux qu'ils ne doivent plus utiliser ces lève personne jusqu'au remplacement des vérins par des vérins conformes.

Vous trouvez en annexe la liste des numéros de série des lèves personne Invacare® Kirilos concernés. Nous vous demandons de nous retourner l'annexe I confirmant que l'Utilisateur a bien été informé, et ensuite l'annexe II lorsque vous aurez reçu et remplacé les vérins sur les produits concernés.

Le but de cette action préventive est de vous assurer une utilisation du produit dans les meilleures conditions de sécurité pour l'Utilisateur et le personnel soignant.

Nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Lahoussine Abelque
Responsable Qualité

Annexe I

Lève-personne Invacare® Kirilos

CONFIRMATION D'INFORMATION CLIENT

Veuillez compléter et renvoyer ce formulaire par FAX au numéro ci-dessous

Fax : 02.47.62.65.95 (Mr. Lahoussine Abelque)

Nom et Adresse du Distributeur :	
Contact chez le distributeur :	
Fonction :	
Numéro de téléphone :	

Je confirme avoir informé les Utilisateurs concernés par cette action.

Nombre de Clients informés :

Signature et date :

Annexe II

Lève-personne Invacare® Kirilos

CONFIRMATION DE REMPLACEMENT DES VERINS

Veuillez compléter et renvoyer ce formulaire par FAX au numéro ci-dessous

Fax : 02.47.62.65.95 (Mr. Lahoussine Abelque)

Nom et Adresse du Distributeur :	
Contact chez le distributeur :	
Fonction :	
Numéro de téléphone :	

AR	Facture	Numéro de série	Remplacé le	Commentaires

Je vous confirme avoir remplacé les vérins énumérés ci-dessus.

Signature et date :