

# The Diagnostic Specialist

**DiaSorin S.A.**

11 rue Georges Besse  
Bâtiment Galilée  
92182 Antony cedex  
Tél. : 01 55 59 04 00  
Fax : 01 55 59 04 40  
www.diasorin.com

client

Adresses

CP

A l'att.

**RETRAITS DE LOTS**

**Attention : Arrêtez immédiatement l'utilisation du dispositif cité ci-dessous et détruisez le stock restant**

A l'attention des Responsables de Laboratoires, des Directeurs d'Établissements de Santé/des Correspondants Locaux de Réactovigilance

**Date** 27 août 2012

**Dispositif** Liaison HBsAg  
Référence : 310100  
Lots : 040059  
Date de péremption : 5 juin 2013

**Description du problème** A travers des évaluations internes, DiaSorin a eu connaissance que le lot utilisable sur le Liaison seulement, a un composant qui peut avoir une apparence trouble.

**Actions à réaliser par l'utilisateur** Nous vous demandons de :

- vérifier votre stock
- cesser d'utiliser ces produits s'ils sont encore en votre possession
- détruire les quantités restant en stock
- en se basant sur des tests internes et une évaluation du risque sanitaire, la révision des résultats antérieurs des patients n'est pas considérée nécessaire comme les performances ne sont pas affectées
- remplir le formulaire d'accusé de réception (Annexe A) et le renvoyer par fax à DiaSorin SA- Services Affaires Réglementaires (N° fax : 01 55 59 04 40)

**Transmission de  
cette note**

Nous vous remercions de transmettre cette information à toute personne concernée de votre laboratoire

L'ANSM a été informée de ce rappel.

En vous priant de nous excuser pour tous les inconvénients que cela pourrait vous occasionner et restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, Cher Client, nos salutations distinguées.

Odile DELMAS  
Directeur Affaires Réglementaires/Qualité

ACCUSE DE RECEPTION  
A RENVOYER PAR FAX A DIASORIN S.A., SERVICE AFFAIRES REGLEMENTAIRES  
N° FAX : 01 55 59 04 40

PRODUIT : .....Liaison HBS Ag référence 310100

LOT : 040059

(A remplir en lettres majuscules))

HOPITAL/ LABORATOIRE \_\_\_\_\_

SERVICE \_\_\_\_\_

N° FAX \_\_\_\_\_

NOMBRE DE TROUSSES UTILISEES \_\_\_\_\_

NOMBRE TROUSSES RESTANT EN STOCK \_\_\_\_\_

NOMBRE DES TROUSSES DETRUITES \_\_\_\_\_

DATE :

NOM ET SIGNATURE

TITRE/FONCTION :

TAMPON :