

IMPORTANT AVIS DE RAPPEL

LA ROCHE MEDICAL
1 TER rue Adolphe MAILLARD
16110 La Rochefoucauld

A Quint-Fonsegrives, le 02 avril 2015

Date :

Important : Veuillez diffuser ce courrier à toutes les personnes concernées

Cher client,

Nos dossiers indiquent que vous avez commandé un DOPPLER ELITE 100 avec SONDE 2 MHZ référence ASEPTINMED 250314 ou un DOPPLER ELITE 100, ACCUS RECHARG avec SONDE 2 MHZ référence ASEPTINMED 250314

Lors de l'audit interne de nos dossiers qualité, nous avons identifié que certaines sondes peuvent dépasser la puissance acoustique. Cela étant dit, nous tenons à vous rassurer qu'après l'évaluation approfondie de ce problème, nous avons déterminé qu'il n'y a aucun risque pour la santé du patient ou celle du clinicien. Pour vous faciliter la tâche, nous vous avons joint à ce courrier une photographie pour vous aider à identifier le nom de la sonde et son numéro de série.

Les sondes portant le numéro série suivant sont concernées : **CEH0736, CEH0737 et CEH0761**



Sonde Elite 2 MHz

Numéro de série

Veuillez compléter le formulaire de vérification joint. Une fois complété, veuillez le retourner à ASEPTINMED par l'un des moyens décrits ci-dessous. Si le(s) sonde(s) fonctionne(nt) encore, et que vous choisissiez ne nous le renvoyer, nous vous demanderons de contacter la personne ci-dessous pour les dispositions de retour de votre sonde et son évaluation. **Seuls les sondes en état de fonctionnement seront évalués.**

Veuillez contacter :

Mme Audrey GILBERT

SERVICE QUALITE ASEPTINMED

agilbert@aseptinmed.fr

Tel : + 33 5 62 57 69 18

Fax : + 33 5 62 57 69 01

Merci d'avoir choisi Natus Neurologie pour vos besoins en Doppler. Nous nous excusons pour la gêne occasionnée.

Cordialement,

Toni Gorman

Responsable Assurance Qualité

Natus Neurology incorporated

Nicolet®Brand Products

3150 Pleasant view Road

Middleton, WI 53562

(800)356-0007

Formulaire de vérification

A compléter par le destinataire

Client

Service

Adresse

Ville, code postale

Pays

_____ Oui, je retourne ce dispositif, Numéro de série : _____

_____ Dispositif ne fonctionne plus , Numéro de série : _____

_____ J'ai pris connaissance de cet avis et choisi de ne pas retourner la sonde _____

_____ Numéro de série : _____

_____ Autres, expliquez :

Nom de la personne ayant complétée le formulaire (Veuillez imprimer)

Nom : _____

Fonction : _____

Tél : _____

E-mail : _____

Signature la personne ayant complétée le formulaire : _____

Date : _____

Veillez retourner le formulaire par l'un de ces moyens :

Veillez contacter :

Mme Audrey GILBERT

SERVICE QUALITE ASEPTINMED

agilbert@aseptinmed.fr

Tel : + 33 5 62 57 69 18

Fax : + 33 5 62 57 69 01