

**A l'attention des Responsables de laboratoire, des directeurs des établissements de santé et des correspondants de réactovigilance**

## **URGENT: RAPPEL DE LOTS**

<b>Produit</b>	<b>Référence</b>	<b>Numéro de Lot</b>
BD BBL™ Staphyloslide™ Latex Test	240952	16035510 16060410 16061710

29 January 2008

Madame, Monsieur,

Suite à des signalements d'incidents, nous avons été informé que les 3 lots de tests BD BBL™ Staphyloslide Latex pouvaient présenter une agglutination avec *Staphylococcus epidermidis*.

Comme l'indique la fiche technique du produit, un contrôle de qualité doit être effectué au moins une fois par jour lors de l'utilisation du kit. Celui-ci ne doit pas être utilisé si les réactions avec les souches de contrôle sont incorrectes.

Afin d'éviter tout risque de confusion lors de l'utilisation de ce produit, et en accord avec l'AFSSAPS nous vous demandons de cesser d'utiliser les tests de ces 3 lots de BD BBL™ Staphyloslide™ Latex Test.

Si vous êtes encore en possession de ces lots, nous vous demandons de les détruire et de nous retourner le formulaire ci-joint par fax au 04.78.87.76.24.

Pour tout remplacement du kit BD™ BBL™ Staphyloslide Latex Test, merci de retourner le formulaire joint complété à l'attention de Mlle Melinda SOR, au numéro de fax 04.76.68.35.04 avant le 14 février 2008.

Des investigations sont en cours afin d'analyser les causes de cet incident et de mettre en place les actions correctives nécessaires.

Regrettant sincèrement les désagréments engendrés par la mise en place de cette mesure, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

**Melinda SOR**

Attaché de clientèle

**BD Diagnostics** –Diagnostic Systems

A l'attention de: **Mlle Melinda SOR** Fax #: **04.76.68.35.04**

---

---

**MERCI DE RETOURNER CE DOCUMENT AVANT LE 08/02/2008**

---

Dénomination	Code produit	Nombre d'unités restant en stock	Numéro de lot	Date d'expiration
BD™ BBL™ Staphyloslide Latex Test	240952			

Nom du client: \_\_\_\_\_  
*Merci d'utiliser le nom complet sans abbréviations*

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Personne à contacter: \_\_\_\_\_

Telephone No. \_\_\_\_\_ Fax No. \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_