

Vendredi 3 juillet 2015 v3

## **EXTENSION DE L'AVIS DE SÉCURITÉ URGENT – RAPPEL DE PRODUIT**

Veillez remarquer que l'avis de sécurité du 23 juin 2015 a été étendu à **TOUS LES LOTS de seringues RN** (seringues de sécurité bleu), y compris les seringues à insuline RN RNXX/XX et RNXX/XX INS.

À l'attention de : Tous les infirmiers, le personnel médical et le personnel technique qui utilisent ce produit.

### **Motif de l'extension de l'avis de rappel**

Un certain nombre de plaintes ont été déposées concernant des défauts de rétraction automatique complète des seringues des lots répertoriés ci-dessus. D'autres investigations ont permis d'identifier que le délai de conservation du produit est également incorrect. Par mesure de précaution supplémentaire, la gamme de produits est donc rappelée.

### **Détail du dispositif**

Tous les lots de seringues de sécurité à rétractation automatique ayant un code de produits préfixé RN (seringues de sécurité bleu) **RNXX/XX et RNXX/XX INS**



### **Mesures à prendre**

Si vous possédez un de ces lots de seringues, veuillez les mettre de côté et contacter Medicina pour organiser le retour/la collecte de ces produits.

### **Contact**

Michelle Prescott

Unit 2, Rivington View Business Park

Station Road

Blackrod

Bolton

BL6 5BN

Courriel : [michelle@medicina.co.uk](mailto:michelle@medicina.co.uk)

Tél. : + 44 (0) 1204 695050

Fax : + 44 (0) 1204 697755

Medicina confirme que le présent avis de sécurité a été transmis à l'agence de régulation appropriée.

## FORMULAIRE DE PRISE DE CONNAISSANCE

### Extension à l'avis de rappel M689-2, 3 juillet 2015

RNXX/XX et RNXX/XX INS

Veillez compléter ce formulaire et le retourner à :

Michelle Prescott, responsable de l'assurance qualité FAX : 01204 697755

Vous pouvez également nous le retourner par email à EMAIL : [michelle@medicina.co.uk](mailto:michelle@medicina.co.uk)

Par la présente, nous certifions avoir reçu, lu et transmis cet avis de rappel de produit à toutes les personnes concernées au sein de notre société.

Société

---

Numéro de compte (le cas échéant)

---

Département

---

#### Veillez cocher la case appropriée :

- Nous disposons de l'inventaire suivant
- |             |             |
|-------------|-------------|
| Lot : _____ | QTÉ : _____ |
| Lot : _____ | QTÉ : _____ |
| Lot : _____ | QTÉ : _____ |
| Lot : _____ | QTÉ : _____ |

(Veillez joindre une feuille supplémentaire si nécessaire)

Nous vérifions actuellement la quantité de ces produits

Nous ne possédons aucun stock de ce produit à retourner

Le/les produit(s) ci-avant nous ont été livrés directement par : \_\_\_\_\_

Signé

---

Nom en majuscules

---

Fonction

---

Numéro de contact/email

---

Date

---