

MODELLO SEGNALAZIONE DIFETTI

Modello A

COMUNICAZIONE RINVENIMENTO DI DIFETTI O PRESENZA DI CORPI ESTRANEI NEI MEDICINALI PER USO UMANO

(Da compilarsi a cura dell'operatore sanitario che ha rilevato il problema o che ha ricevuto la segnalazione da parte di un privato cittadino)

All'Agenzia Italiana del Farmaco
Ufficio Autorizzazione Officine
Via della Sierra Nevada, 60
00144 Roma EUR
Fax :06/59784312 - 06/59784313

Struttura o sanitario segnalante (1)

.....
Medicinale (2)

.....
Officina di produzione

.....
Lotto n. scadenza.....

Difetto o corpo estraneo riscontrati (3)

.....
.....

Al momento del rinvenimento la confezione era integra (4) SI NO

Attualmente la confezione è integra (4) SI NO

Presenza di altre confezioni dello stesso lotto presso
la struttura segnalante (4) SI NO

Persona da contattare per ulteriori informazioni

.....
Telefono..... telefax

.....,li..... Firma.....

(1) Indicare la denominazione della struttura o del sanitario segnalante con relativo indirizzo, recapito telefonico e telefax.

(2) Indicare, oltre alla denominazione, anche l'eventuale titolare A.I.C., la forma farmaceutica, il dosaggio e la confezione.

(3) Descrivere in modo più dettagliato possibile il problema riscontrato.

(4) Barrare la voce che interessa.