

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT D'UN DEFAUT QUALITE



A transmettre au Service Qualité et Compliance Réglementaire Roche par email à paris.aqp@roche.com ou fax au 01.47.61.77.66

COORDONNEES DE L'EMETTEUR DU SIGNALEMENT

- Nom du professionnel de santé :.....
- Nom:
- Adresse :
- Téléphone / Fax :

INFORMATIONS SUR LE MEDICAMENT CONCERNE

Produit concerné (Nom, dosage, forme pharmaceutique) :
.....

Nombre de produit:

Numéro de lot et Date de péremption :.....

Motif de la réclamation :
.....
.....
.....
.....
.....

L'échantillon a-t-il été conservé ? OUI NON

Si oui veuillez joindre une photo présentant : n°lot/Péremption/défait si visible)

A réception de ce formulaire complété, nous vous retournerons une enveloppe prépayée (ou un Biotainer) pour le retour de l'échantillon.

Le produit a-t-il été administré ? OUI NON

Si oui, le patient a-t-il présenté un évènement indésirable ? OUI NON

Date :
Signature :