

**WAŻNA  
INFORMACJA O  
PRODUKCIE**

(Data)

Szanowni Państwo,

**Dotyczy  
produktu**

Aparaty do Automatycznej Dializy Otrzewnowej typu Homechoice oraz HomeChoice PRO

Kod produktu	Opis
5C4474	HomeChoice Aparat do Automatycznej dializy otrzewnowej, 230V
R5C8320	HomeChoice PRO Aparat do Automatycznej dializy otrzewnowej, 230V

**Działania  
podjęte przez  
Baxter**

Baxter Healthcare Corporation aktualizuje dodatek do Przewodnika domowego dla pacjenta do HomeChoice w celu dodania informacji o dźwiękach związanych z pracą HomeChoice i HomeChoice PRO. Nowe oznakowanie będzie dotyczyło następującej kwestii:

Aparat do dializy otrzewnowej HomeChoice wykorzystuje pompę (pneumatyczną) powietrza; można spodziewać się różnych dźwięków związanych z funkcjonowaniem tej pompy w trakcie normalnej pracy aparatu HomeChoice. Mogą to być odgłosy buczenia, świszczenia, cykania i odpowietrzania (odgłos wypuszczanego powietrza), typowe dla pracy aparatu. Na niektórych etapach pracy możliwy jest wzrost poziomu dźwięku i jest to także normalna praca aparatu. W przypadku znaczącej zmiany poziomu dźwięku lub wystąpienia nowego, wcześniej niesłyszanego dźwięku w trakcie stosowania HomeChoice, prosimy skontaktować się z lekarzem i/lub pielęgniarką lub Serwisem Technicznym firmy Baxter.

**Działania do  
podjęcia przez  
użytkowników**

Baxter prosi o przeprowadzenie następujących działań:

1. Dołączenie tego listu do przewodnika domowego dla pacjenta.
2. Wypełnienie załączonego formularza odpowiedzi klienta i odesłanie go do firmy Baxter na numer fax 22 488 38 08 faxem lub na adres e-mail [monika\\_lichniak@baxter.com](mailto:monika_lichniak@baxter.com). Odesłanie odpowiedzi zwrotnej klienta jest potwierdzeniem otrzymania tej informacji i zapobiegnie powtórnemu jej otrzymaniu
3. Prosimy o przekazanie kopii tego listu do innych ośrodków lub oddziałów w ramach Państwa instytucji, w celu zapewnienia, że te oddziały są powiadomione o tej sprawie.
4. Jeśli są Państwo dystrybutorem lub prowadzą działalność hurtową lub

dystrybuowali/sprzedawali Państwo te aparaty do innych ośrodków, prosimy o powiadomienie Państwa klientów o tym liście, zgodnie z Państwa procedurami.

**Dalsze informacje i wsparcie**

Jeśli będą mieli Państwo pytania dotyczące tego problemu, prosimy o kontakt z Baxter Polska Sp. z o.o. pod nr tel. 22 488 3777.

Przepraszamy za wszelkie niedogodności mogące wynikać z tego działania dla Państwa i Państwa pracowników.

Z poważaniem,

Anna Szewczyk  
Kierownik Hurtowni

Załącznik 1: Formularz odpowiedzi klienta

**FORMULARZ ODPOWIEDZI KLIENTA**  
WAŻNA INFORMACJA O PRODUKCIE Z DNIA XXXXXX**HOMECHOICE/HOMECHOICE PRO****Kod wyrobu: R5C8320, 5C4474****Wszystkie numery serii**

Proszę wypełnić ten formularz i odesłać po jednym formularzu z danego ośrodka faksem (Faks: 22 488 38 08) lub na adres e-mail ([monika\\_lichniak@baxter.com](mailto:monika_lichniak@baxter.com)) jako potwierdzenie, że otrzymali Państwo niniejsze powiadomienie.

List przewodni faksu nie jest wymagany.

Nazwa i adres ośrodka: <i>(proszę wpisać drukim)</i>	
Potwierdzenie odpowiedzi wypełnione przez: <i>(proszę wpisać drukim)</i>	
Tytuł: <i>(proszę wpisać drukim)</i>	
Adres e-mail i/lub numer telefonu (z numerem kierunkowym):	

- Otrzymaliśmy wymieniony powyżej list i przekazaliśmy tę informację naszemu personelowi, innym serwisom i oddziałom
- Otrzymaliśmy wymieniony powyżej list i przekazaliśmy tę informację odpowiednio klientom/ pacjentom domowym

<b>Podpis/Data:</b>  POLE WYMAGANE	<hr/>
--	-------