



Potwierdzenie Klienta

Wymagane podjęcie natychmiastowych
działań

Nazwa produktu	Nr kat.	Nr partii	Niepowtarzalny kod identyfikacyjny wyrobu (UDI)
ARCHITECT HAVAb-IgG Reagent Kit	6C29-22	90356LI00	(01)00380740115302(17)190607(10)90356LI00
	6C29-27	90360LI00	(01)00380740115319(17)190607(10)90360LI00
ARCHITECT HAVAb-IgM Reagent Kit	6C30-22	90228LI00	(01)00380740145231(17)190107(10)90228LI00
	6C30-22	91012LI00	(01) 00380740145231(17)190211(10)91012LI00
	6C30-27	90227LI00	(01)00380740145248(17)190107(10)90227LI00
	6C30-27	91013LI00	(01) 00380740145248(17)190211(10)91013LI00
Alinity i HAVAb IgG Reagent Kit	8P26-32	90385LI00	(01)00380740131340(17)190607(10)90385LI00

Pismo w sprawie działania dotyczącego produktu wydane przez firmę Abbott Diagnostics z dnia 28 września 2018 r.

Wskazówki: Prosimy o przekazanie kopii pisma towarzyszącego kierownikowi laboratorium/pracownikowi odpowiedzialnemu za oznaczenia ARCHITECT HAVAb-IgG, ARCHITECT HAVAb-IgM i/lub Alinity i HAVAb IgG.

Kierownik laboratorium/osoba odpowiedzialna za wykonywanie ww. oznaczeń powinna wypełnić poniższe rubryki, potwierdzając tym samym otrzymanie ww. pisma, a następnie **prześłać te dane faksem do dnia 12 października 2018 r. na nr faksu (+48) 22 319 12 00 lub na adres e-mail: sonia.agudo@abbott.com oraz QA_RegionEast@abbott.com. Nawet jeśli nie posiadają Państwo już ww. analizatora(ów), prosimy odesłać wypełniony formularz, który umożliwi zaktualizowanie naszej bazy danych.**

Dziękujemy za Państwa współpracę.

Abbott Diagnostics

Dział Kontroli Jakości

Czy wymagane działania opisane w ww. piśmie są zrozumiałe i czy zostały wykonane?

Tak

Nr kat.	Nr partii	Liczba zniszczonych zestawów
6C29-22	90356LI00	
6C29-27	90360LI00	
6C30-22	90228LI00	
6C30-22	91012LI00	
6C30-27	90227LI00	
6C30-27	91013LI00	
8P26-32	90385LI00	

UWAGA: Wadliwe zestawy zostaną wymienione i dostarczone w liczbie podanej powyżej.

Nie (W przypadku odpowiedzi „NIE” skontaktuje się z Państwem przedstawiciel firmy Abbott).

Czynność nie dotyczy. Nie posiadamy już danego analizatora.

Numer Klienta

Nr(y) seryjny(e)

Nazwa placówki

Adres

Numer telefonu

Miejscowość

Kod pocztowy

Imię i nazwisko (drukowanymi)

Tytuł/stanowisko

Podpis

Data