



Potwierdzenie Klienta

Wymagane podjęcie natychmiastowych działań

Nazwa produktu	Nr kat.	Nr partii	Data ważności	Niepowtarzalny kod identyfikacyjny wyrobu (kod UDI)
Alere NT-proBNP for ARCHITECT Calibrators	2R10-01	902929466	03APR2020	Nie dot.
		902929915	06MAY2020	Nie dot.
Alere NT-proBNP for Alinity i Calibrators	04S7901	10976UP00	03APR2020	Nie dot.
		10991UP00	06MAY2020	Nie dot.
Alere NT-proBNP for ARCHITECT Controls	2R10-10	902929465	03APR2020	Nie dot.
		902929899	05MAY2020	Nie dot.
Alere NT-proBNP for Alinity i Controls	04S7910	10975UP00	03APR2020	Nie dot.
		10989UP00	05MAY2020	Nie dot.

Pismo w sprawie działania dotyczącego produktu wydane przez firmę Abbott Diagnostics dnia 10 marca 2020 r.

Wskazówki: Prosimy o przekazanie kopii pisma towarzyszącego kierownikowi laboratorium/pracownikowi odpowiedzialnemu za wykonywanie oznaczeń z użyciem testu Alere NT-proBNP for ARCHITECT oraz Alere NR-proBNP for Alinity.

Kierownik laboratorium/pracownik odpowiedzialny za wykonywanie ww. oznaczeń powinien wypełnić poniższe rubryki, potwierdzając tym samym otrzymanie ww. pisma, a następnie **odesłać formularz faksem do dnia 24 marca 2020 r., nr faksu: (+48) 22 319 12 01, 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
Post Market Surveillance

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

Tak

Nr kat.	Nr partii	Liczba zutilizowanych zestawów
2R10-01	902929466	
2R10-01	902929915	
04S7901	10976UP00	
04S7901	10991UP00	
2R10-10	902929465	
2R10-10	902929899	
04S7910	10975UP00	
04S7910	10989UP00	

UWAGA: Wymiana wadliwych zestawów zostanie dokonana na podstawie liczby 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