
**Pilne: Notatka bezpieczeństwa
Seraclone™ Anti-S, Nr kat. 808052,
Nr LOT. 2136071, 2203121**

Bio-Rad Medical Diagnostics GmbH -P.O. Box 10 21 50-63267 Dreieich, Niemcy
Telefon: +49 (0)6103 3130-611
Fax: +49 (0) 6103 3130-724
Barbara_becker@bio-rad.com

03-04-2013

Do wszystkich kogo dotyczy

- **Opis problemu:**

Przeprowadzona ostatnio kontrola wewnętrzna stabilności surowicy *Seraclone Anti-S*, wykazała jej **obniżoną reaktywność** dla poniższych numerów serii odczynnika. W związku z powyższym istnieje możliwość otrzymania **słabych lub fałszywie ujemnych** wyników badań.

- **Problem dotyczy następujących numerów LOT:**

Nazwa produktu	Nr katalogowy	Nr LOT	Data ważności
Seraclone Anti-S	808052	2136071	2013.08.29
		2203121	2014.01.09

- **Działania zabezpieczające:**

Prosimy o **zaprzestanie używania** w/w odczynników. W najbliższym czasie nastąpi wymiana surowicy *Seraclone Anti-S*.

- **Rozpowszechnienie notatki bezpieczeństwa:**

Notatka została przetłumaczona zgodnie z dostarczonym oryginałem na język polski i przesłana do Użytkowników.

W przypadku pytań prosimy o kontakt z naszym dystrybutorem:

+48 12 416 36 82
infopl@diahem.com

Prosimy o zapoznanie się z treścią notatki i odesłanie w ciągu 5 dni roboczych wypełnionego formularza „Potwierdzenia odbioru”.

Przepraszamy za wszelkie niedogodności i z góry dziękujemy za współpracę.

Z poważaniem,
Dr. Rolf Vornhagen
Kierownik ds. bezpieczeństwa

Barbara Becker
International Product Manager
Dział Odczynników Immunohematologicznych

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA – FORMULARZ

Prosimy o WYPEŁNIENIE, PODPISANIE I ZWROTNE ODESŁANIE *Potwierdzenia otrzymania* niniejszego formularza w terminie do dnia
12.04.2013 r.

pod nr faxu 12 416 36 92 lub adres e-mail: infopl@diahem.com

Pilne: Notatka bezpieczeństwa

Bio-Rad Medical Diagnostics GmbH Industriestr. 1, D-63303 Dreieich Germany

Nazwa wyrobu:	Seraclone™ Anti-S
Numer REF wyrobu:	808052
Nr LOT:	2136071, 2203121

**Potwierdzam, że zapoznałem się z treścią Notatki bezpieczeństwa i przekazałem jej treść
Personelowi odpowiedzialnemu za wykonywanie badań z zakresu immunotransfuzjologii.**

Nazwa ośrodka (ew. pieczęć):

.....

Adres:

Nr tel.:

Imię i nazwisko:

Data i podpis: