



«Nom_de_l'établissement_»
Service Pharmacie
«Nom_du_correspondant_de_matiérovigilance»
«Adresse_1»
«CP_VILLE»

Sce. Qualité : ☎ 01 39 92 65 69
✉ nusur@vygon.com

Ecoen, le 12 Février 2018

Nos réf : 18 0175 «N_de_Chrono» CO/NU

Objet : URGENT : FSN-Rappel de lot

VYLIFE codes 7506.02/03 et KIT VYLIFE codes 5582.700/802/841/842/844

«Titre_de_Civilité»,

Nous vous informons que suite à l'arrêt de la commercialisation et de la maintenance des dispositifs **VYLIFE codes 7506.02/03 et KIT VYLIFE codes 5582.700/802/841/842/844**

nous procédons à leur rappel. Tous les lots sont rappelés.

Nous vous demandons de ne plus utiliser ces produits et de procéder à leur retrait puis de nous les retourner.

Nous vous avons adressé un dispositif **VYLIFE** et/ou **KIT VYLIFE d'un des codes mentionnés ci-dessus.**

Nous vous demandons de bien vouloir accuser réception de ce courrier, de compléter et de nous retourner le formulaire ci-joint en y indiquant la quantité retirée dans votre établissement.

L'ANSM est informée de cette information de sécurité.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter directement notre Service Clients au 01.39.92.63.81 ou à notre correspondant qualité France, M.MARTIN au 06.11.85.17.92.

Nous vous présentons nos excuses pour le désagrément occasionné et vous prions d'agréer, «Titre_de_Civilité», l'expression de nos salutations distinguées.

Christine OBER - Docteur en Pharmacie

Directeur Qualité / Affaires Réglementaires Postmarché

Service Qualité
Tél : 01.39.92.63.51
Fax : 01.39.92.64.82
E-mail : quality@vygon.com

Service Clients France
Tél : 01.39.92.63.81
Fax : 01.39.90.29.37
E-mail : commandes@vygon.com

Service Clients Export
Tél : 01.39.92.64.17
Fax : 01.34.29.19.34
E-mail : export@vygon.com





URGENT : FSN-Rappel de tous les lots

VYLIFE codes 7506.02/03 et KIT VYLIFE codes 5582.700/802/841/842/844

ACCUSE DE RECEPTION ET FORMULAIRE DE REPONSE CLIENT

Veillez compléter et renvoyer ce formulaire par fax : 01 39 92 64 82 ou par e-mail à : nusur@vygon.com

Nom et Adresse de l'établissement :	«Client» - «N°Chrono» «Nom_de_l'établissement_» «CP_VILLE»
Nom de la personne à contacter :	«Titre_de_civilité»«Nom_du_correspondant_de_materiovigilance»
Fonction :	
☎ Numéro de téléphone :	
✉ Adresse e-mail :	«email»
📠 Numéro de fax :	«Fax_Alerte» / «Fax_»

Nous attestons avoir procédé au rappel de lots auprès de tous les utilisateurs de notre établissement de santé.

Veillez cocher la case correspondante

Vous possédez des VYLIFE /KIT VYLIFE

Code 7506.02 Oui NON Si vous en possédez, nombre de produits retirés en précisant les lots: _

Code 7506.03 Oui NON Si vous en possédez, nombre de produits retirés en précisant les lots : _____

Code 5582.700 Oui NON Si vous en possédez, nombre de produits retirés en précisant les lots: _____

Code 5582.802 Oui NON Si vous en possédez, nombre de produits retirés en précisant les lots: _____

Code 5582.841 Oui NON Si vous en possédez, nombre de produits retirés en précisant les lots: _____

Code 5582.842 Oui NON Si vous en possédez, nombre de produits retirés en précisant les lots: _____

Code 5582.844 Oui NON Si vous en possédez, nombre de produits retirés en précisant les lots: _____

Signature et Date :