

URGENT – ACTION CORRECTIVE DE SECURITE



Date de déploiement de la lettre

GE HealthCare Réf. N° 85478

À l'attention de :
Directeur/responsable du service de radiologie
Directeur/responsable du service de cardiologie
Gestionnaire des risques/Administrateur d'hôpital
Chef du service de radiologie
Chef du service de cardiologie
Administrateur du système PACS
Directeur du service des technologies de l'information
Chef du génie biomédical
Chef du service d'informatique d'imagerie

OBJET : Centricity Universal Viewer Zero Footprint Client – Vulnérabilité de sécurité potentielle.

Problème de sécurité GE HealthCare est au courant d'un problème dans Centricity Universal Viewer Zero Footprint Client (ZFP) dans lequel il existe une vulnérabilité de sécurité potentielle qui pourrait permettre à un acteur malveillant d'accéder au système et éventuellement de manipuler les données des patients.

Aucun blessé ni accès non autorisé aux données des patients n'a été signalé suite à ce problème.

Mesures à prendre par le Client / Utilisateur Vous pouvez continuer à utiliser votre dispositif.
Veuillez vous assurer que tous les utilisateurs potentiels de votre établissement sont informés de cet avis de sécurité.

En attendant que votre système soit corrigé, veuillez mettre en œuvre l'une des actions ci-dessous.

Option 1 : Restreindre l'accès à ces systèmes à partir de l'internet.

ou

Option 2 : Mettre en œuvre des mesures de protection supplémentaires, telles qu'un réseau privé virtuel (VPN).

Veuillez conserver ce document dans vos archives.

Veuillez remplir et renvoyer le formulaire de réponse ci-joint à l'adresse recall.85478@gehealthcare.com.

Les détails sur les produits concernés La version ZFP v6.0 du Centricity Universal Viewer Zero Footprint Client: SP7.x, SP8.x, SP9, SP9.0.1, SP9.0.1.1, SP9.0.1.2, SP9.0.1.3, SP10.0, SP10.1, SP10.2, SP11.0
GTIN 00840682102988

Utilisation prévue :

Centricity Universal Viewer Zero Footprint version client est un dispositif qui affiche des images médicales, des données provenant de diverses sources d'imagerie et d'autres sources d'information sur les soins de santé. Les images et les données

médicales peuvent être visualisées, communiquées, traitées et affichées dans un réseau informatique ou sur un poste de travail. Le dispositif peut être utilisé pour fournir des images à des fins de diagnostic par des professionnels qualifiés. Les utilisateurs typiques de ce système sont des personnes autorisées et des professionnels de la santé formés qui visualisent des images et des données médicales. Les images mammographiques ne peuvent être interprétées qu'à l'aide d'un moniteur conforme aux exigences des règlements locaux et doivent répondre à d'autres spécifications techniques examinées et acceptées par les organismes de réglementation locaux.

**Correction
des produits**

GE HealthCare corrigera gratuitement tous les produits concernés. Un représentant de GE HealthCare vous contactera pour les modalités pratiques concernant la correction.

Une fois que le logiciel a été corrigé, veuillez à détruire le support d'installation du logiciel concerné sur de votre site.

**Informations
de contact**

Pour toute question ou préoccupation concernant cette notification, bien vouloir contacter GE HealthCare Service ou votre représentant du service local.

Vous pouvez joindre votre Centre de Service Client au : 0800 044 800.

GE HealthCare confirme que les autorités réglementaires concernées ont été informées de cet avis de sécurité.

Sachez que le maintien d'un haut niveau de sécurité et de qualité est notre priorité absolue. Si vous avez des questions, bien vouloir nous contacter en utilisant les informations de contact ci-dessus.

Cordialement,

Laila Gurney
Chief Quality & Regulatory Officer
GE HealthCare

Scott Kelley
Chief Medical Safety Officer
GE HealthCare

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE L'AVIS RELATIF AU DISPOSITIF MÉDICAL
RÉPONSE REQUISE**

Veillez remplir ce formulaire et le retourner à GE HealthCare le plus tôt possible après réception, et ce dans un délai de 30 jours. Ce formulaire confirme que vous avez bien reçu et compris l'avis de correction du dispositif médical.

Nom de l'établissement : _____
Adresse (rue) : _____
Ville/État/Code postal/Pays : _____
Adresse e-mail du client : _____
Numéro de téléphone du client : _____

Par la signature de ce formulaire, nous confirmons avoir reçu et compris la Notification de dispositif médical l'accompagnant, avoir informé tous les utilisateurs potentiels et avoir pris, et continuer à prendre, les mesures qui conviennent, conformément à cette Notification.

Bien vouloir indiquer le nom du responsable qui a rempli ce formulaire.

Signature : _____
Nom en caractère d'imprimerie : _____
Poste/titre du poste : _____
Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Veillez scanner le formulaire dûment rempli ou le prendre en photo et l'envoyer par e-mail à l'adresse suivante : recall.85478@gehealthcare.com

