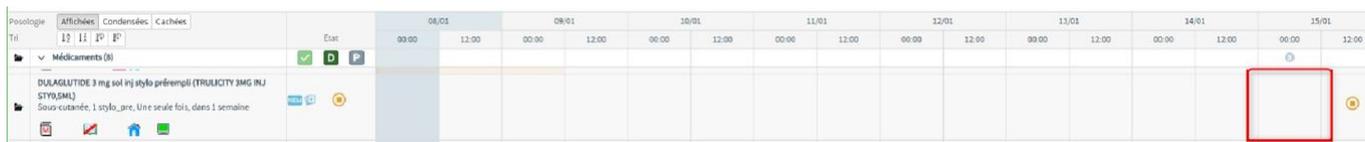


Dans ces cas, les éléments d'administration sont absents :



État	08/01	09/01	10/01	11/01	12/01	13/01	14/01	15/01
Médicaments (8)								
DULAGLUTIDE 3 mg sol inj stylo prérempli (TRULICITY 3MG INJ STYLO[8M])								
Sous-cutanée, 1 stylo_jor, Une seule fois, dans 1 semaine								

Risque potentiel pour le patient

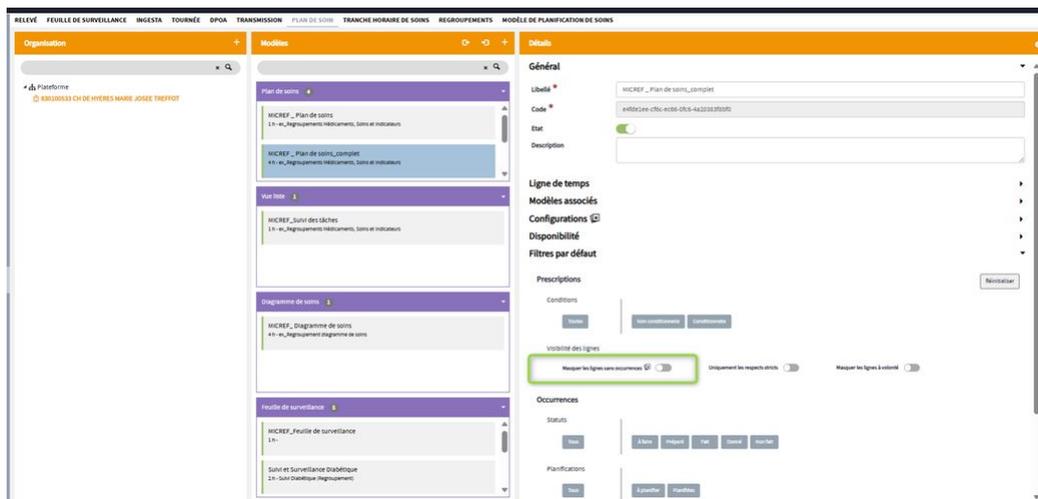
Risque de non administration d'une prescription.

Mesures entreprises

Mesures provisoires recommandées

Dans l'attente d'installation du correctif, nous préconisons de ne pas réaliser de suspension de prescription immédiatement après sa signature, ni de copie de ligne de prescription.

Nous vous préconisons également de désactiver le filtre "Masquer les lignes sans occurrence" dans les modèles de plan de soins :



Mesures engagées par Maincare Solutions

La correction définitive sera présente à partir de la version Maincare IC 10.5.1.2.1 disponible à compter du 10/02/2025.

Pour contacter votre support Maincare IC



<https://monespace.maincare.com> (saisir votre login/mot de passe)



0825 000 454

Transmission de la fiche d'avertissement

Cet avis doit être transmis à toute personne concernée.

Veillez-vous assurer que tous les utilisateurs potentiels de votre établissement ont pris connaissance de cet avis de sécurité et des actions à réaliser.

Nous vous confirmons que l'ANSM a été informée de cet avis de sécurité.

Soyez assurés que notre priorité est la sécurité et la qualité de nos produits.

Formulaire de Réponse Client

Nous vous remercions de compléter ce formulaire

- soit en ligne le plus rapidement possible et au plus tard sous 30 jours: <https://forms.office.com/e/vdzfBUwueZ>

- par mail à l'adresse support.maincareic@maincare.fr

- ou par courrier à Maincare - Entité QARA - Espace France - Bât. E-F 4, voie Romaine - Canéjan - 33612 Cestas Cedex - France



1. Information de l'avis de sécurité (FSN)

- Référence de l'avis : FSN-2025-212422
- Date de l'avis : 📅 20 janv. 2025
- Produit/nom du dispositif : Maincare IC

2. Coordonnées du client

- Nom de l'établissement de santé :
- Adresse :
- Nom du contact :
- Titre ou Fonction :
- Numéro de téléphone :
- Email :

J'accuse réception de l'avis de sécurité référencé

FSN-2025-212422 et confirme que :

- j'ai compris la notification,
- je la transmets aux utilisateurs concernés,
- et je prends toutes les mesures nécessaires pour sa mise en œuvre.

J'accuse réception de l'avis de sécurité référencé

FSN-2025-212422 et confirme que :

- j'ai compris la notification,
- et je ne suis pas impacté.

Il est important que votre établissement entreprenne les actions détaillées dans l'avis de sécurité et confirme bonne réception. La réponse de votre établissement constitue une preuve que nous devons surveiller au regard du suivi des actions correctives.

Nous restons à votre disposition si vous souhaitez des informations complémentaires.

Cordialement,