



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi



Ministère de la Santé

et de l'Action sociale

Direction générale de la Santé publique



Direction des Laboratoires

FICHE DE DECLARATION DE SOUPÇON DE DEFAUT DE QUALITE D'UN REACTIF OU D'UN TEST

1/ NOTIFICATEUR	
Nom/prénom (s) : _____ _____	Date, cachet et signature ____/____/____
Qualification : _____	
Adresse : _____	
Téléphone/fax : _____	
E-mail : _____	
2/ETABLISSEMENT DU NOTIFICATEUR	
Nom de l'établissement : _____	
Adresse : _____	
Tél : _____	
E-mail : _____	
3/ INFORMATIONS SUR LE REACTIF OU LE TEST	
Nom du réactif : _____	
Modèle/test : _____	
Conditionnement : _____	
Quantité de réactif : _____	
Date d'utilisation : ____/____/____	
N° de série/lot : _____	
Date de fabrication : ____/____/____	
Date de péremption : ____/____/____	
Date de mise en service : ____/____/____	
Joindre Modèle vente ou tout autre document jugé utile : notificationdefautreactifs@gmail.com	
Fournisseur local	Laboratoire fabricant
Nom du fournisseur : _____	Nom du fabricant : _____
_____	_____
Adresse : _____	Adresse : _____
Email : _____	Email : _____

4/DESCRIPTION DU SOUPCON DE DEFAUT DE QUALITE

Constats sur la qualité : _____

Date de survenue : ____/____/____ Lieu de survenue : _____

5/LES CONDITIONS D'UTILISATION DU REACTIF

Type d'analyse : _____

Matériel médical ou équipement nécessaire :

Dénomination : _____

Modèle/type/référence _____

Date de fabrication : _____

Date d'acquisition : ____/____/____

Date de mise en service : _____

Autre(s) information(s) utile(s) : _____

6/PRISE EN CHARGE DU CAS

- Le laboratoire fabricant ou le fournisseur local a-t-il été informé ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ? _____

- Autres actions entreprises : _____

- Suggestions : _____

7/Transmission de la Fiche de notification

- Direction des Laboratoires, Sacré Cœur 3 – Cité Keur Gorgui, Immeuble L15,

- Tél. 00 221 33 864 11 81, e- mail : notificationdefautreactifs@gmail.com

Précisions supplémentaires si nécessaire :
