Carl-Schurz-Straße 1 41453 Neuss **GERMANY** 

**2**+49 (0)2131/140 墨+49 (0)2131/142649 Internet: www.3M.de

E-Mail: innovation.de@3M.com WEEE-Reg.-Nr. DE 36963167 VAT-ID: DE 120679179



<Customer address>

# **Dringende Sicherheitsmitteilung**

Name des betroffenen Produktes: 3M™ Durapore™ Advanced Surgical Tape

FSCA-Nummer: FSN 2019-11 FSCA Durapore advanced Art der Aktivität: Vernichtung der betroffenen Produkte

Datum: 27. November 2019

An: 3M Kunden

Sehr geehrter Kunde,

3M informiert alle Anwender von 3M™ Durapore™ Advanced Surgical Tape über eine korrektive Maßnahme

#### Details zu den betroffenen Produkten:

Alle Chargen der folgenden Referenznummern von 3M™ Durapore™ Advanced Medizinisches Pflaster sind von dieser korrektiven Maßnahme betroffen:

1590-0, 1590-1, 1590-2, 1590-3, 1591-0, 1591-1, 1591-2, 1591-3, 1590S-1, 1590S-2

#### Problembeschreibung und mögliche Gefahr und Risiko für den Patienten/Anwender:

Obwohl das Produkt alle Sicherheits- und Effizienzkriterien erfüllt, hat die Langzeitanwendung von 3M™ Durapore™ Advanced unter anhaltend stark feuchten klinischen Bedingungen nicht alle von 3M erwarteten Leistungsfähigkeiten gezeigt. Diese Anwendung kann zu einem Versagen der Klebkraft des Pflasters führen, so dass es nicht wie erwartet haftet. Außerdem kann es zum Ausfransen des Pflasters kommen, dessen Fasern versehentlich verschluckt oder eingeatmet werden könnten. Daher fordern wir die Anwender auf, das Produkt ab sofort nicht mehr zu benutzen und auszusondern, um es zu vernichten. 3M hat sich außerdem entschieden, den Verkauf einzustellen.

3M Deutschland GmbH page 2

## Maßnahmen, die vom Anwender durchzuführen sind:

Alle Anwender des **3M™ Durapore™ Advanced Medizinisches Pflaster** werden aufgefordert, folgende Aktionen durchzuführen:

- Stellen Sie sicher, dass alle Ihre internen und externen Kunden über diese korrektive Maßnahme informiert werden.
- Stellen Sie die Verwendung ein und entsorgen Sie Ihren Bestand an 3M™ Durapore™ Advanced
- Füllen Sie das beigefügte Bestätigungsformular aus und schicken Sie es zurück. Geben Sie an, dass Sie die korrektive Maßnahme verstanden und durchgeführt haben. Geben Sie bitte ferner die Anzahl der entsorgten Produkte an.

## Verteilung dieses Sicherheitshinweises:

Bitte leiten Sie diese Information schnellstmöglich an alle Abteilungen weiter, die möglicherweise die betroffenen Produkte nutzen. Darüber hinaus stellen Sie bitte sicher, dass diese Information an alle Kunden bereitgestellt wird, an die die betroffenen Produkte möglicherweise geliefert wurden.

Wir danken Ihnen für Ihre sofortige Beachtung und Kooperation und bedauern etwaige Unannehmlichkeiten, die dadurch entstehen.

# Kontaktpersonen:

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte Ihren 3M Repräsentanten vor Ort.

Die Unterzeichnerin bestätigt, dass diese Information der zuständigen Behörde gemeldet wurde.

Dr. Marie Isabel Cobbers Safety Officer 3M Deutschland GmbH, Health Care Business Carl-Schurz-Strasse 1, 41453 Neuss, Germany Mail: mcobbers@mmm.com 3M Deutschland GmbH page 3

# Bestätigungsformblatt – FSN 2019-11 Durapore Advanced

Schicken Sie das ausgefüllte Formblatt bitte per Mail an: meddev.de@mmm.com

Pflaster haben. E	Beachten S siehe Abb	Sie, dass sich diese ko ildung unten) bezieht	rrektive Maßnah	<sup>M</sup> Durapore™ Advanced Medizinisches me nur auf 3M™ Durapore™ Advanced M™ Durapore™ Surgical Tape oder ein
	-	ich dieses Schreiben ( führen werde.	gelesen und vers	tanden habe und die erforderlichen
		Bestände überprüft un ert und entsorgt:	d folgende Menç	gen von <b>3M™ Durapore™</b>
Referenznummer		Anzahl der Rollen im Bestand / entsorgt	ı	
1590-0		g		
1590-1				
1590-2				Mary 1900 2
1590-3			# 5 M N N N N N N N N N N N N N N N N N N	report for control of the control of
1591-0				The property of the property o
1591-1				
1591-2				
1591-3				
1590S-1				
1590S-2				
Wir habe Lager.	n unsere E	Bestände überprüft un	d haben <b>kein 3M</b>	<b>1™ Durapore™ Advanced</b> an
Schicken Sie das	s ausgefül	lte Formblatt per e-m	ail an: <b>meddev.d</b> e	e@mmm.com
Angaben zur Per	rson:			
Name	Name		Name der Einrichtung	
Unterschrift		Stadt, Land		
Datum		Telefon		
			E-mail	