

13 janvier 2020

## URGENT - AVIS DE SÉCURITÉ

Type de mesure	Rappel
Référence Teleflex :	EIF-000393
Nom commercial	Rusch Greenlite (MAC3) Rusch Greenlite (MAC 4)
Code produit	Numéro de lot
004551003	1811331
	1902331
	1904331
004551004	1812341
	1903341

Cher client,

Teleflex Medical a publié à titre volontaire un rappel concernant les codes de produits et numéros de lot indiqués ci-dessus.

### Description du problème et actions immédiates requises

Teleflex rappelle les produits mentionnés ci-dessus consécutivement à la réception de 11 plaintes de clients signalant que le guide lumineux du laryngoscope Rüsçh® GreenLite™ Mac s'est cassé au niveau d'un joint soudé, soit avant l'utilisation pendant l'installation, soit en cours d'utilisation dans la bouche du patient. Si cette défaillance du produit se produit et n'est pas identifiée avant utilisation, les conséquences sont notamment les suivantes :

- Retard de la procédure dû au fait que le personnel médical doit récupérer le composant cassé et chercher éventuellement un autre laryngoscope à utiliser et procéder à l'intubation trachéale.
- Si le composant cassé ne peut pas être localisé immédiatement, il est possible que le personnel médical nécessite une imagerie diagnostique pour aider à la récupération de ce composant. Une intervention médicale supplémentaire (par exemple, une bronchoscopie) et une surveillance plus attentive du patient peuvent également être nécessaires.

Nos dossiers indiquent que vous avez reçu des produits concernés par ce rappel.

**Selon l'emplacement de votre dispositif, veuillez vous conformer à la liste d'actions suivante :**

Emplacement du dispositif	Liste d'actions numéro
Établissements médicaux	<b>1</b>
Distributeurs	<b>2</b>

### Liste d'actions numéro 1 – Établissements médicaux

1. Nous vous demandons de vérifier votre stock de produits concernés par cette mesure corrective. Les utilisateurs doivent immédiatement cesser d'utiliser et de distribuer les produits concernés et les mettre en quarantaine.
2. Si vous êtes en possession de stocks figurant dans le champ d'application de cette ACS, cochez la case correspondante sur le Formulaire d'accusé de réception (Annexe 1) et contactez le service clientèle en appelant le numéro de téléphone mentionné ci-dessous. Le service clientèle vous enverra un numéro de retour. Inscrivez le numéro de retour dans le champ correspondant du formulaire d'accusé de réception, et renvoyez ce dernier immédiatement au service clientèle.

3. Si vous ne possédez pas de stocks concernés par cette mesure corrective, veuillez cocher la case correspondante du formulaire d'accusé de réception (Annexe 1) et renvoyez ce dernier au numéro de fax ou à l'adresse e-mail figurant ci-dessous.
4. Teleflex (ou votre revendeur local) vous dédommagera dès réception et contrôle des produits concernés retournés.

**Liste d'actions numéro 2 – Distributeurs**

1. Distribuez cet avis relatif à la sécurité à tous les clients qui ont reçu un produit concerné par cette mesure corrective. Votre client est alors tenu de remplir le formulaire d'accusé de réception et de vous le renvoyer.
2. Nous vous demandons de vérifier votre stock de produits concernés par cette mesure corrective. Cessez immédiatement d'utiliser et de distribuer les produits concernés et mettez-les en quarantaine. Vous pouvez ensuite renvoyer tous les produits concernés à Teleflex.
3. En tant que distributeur, vous devez ensuite confirmer à Teleflex que vous avez terminé la mesure corrective de sécurité énoncée ci-dessus. Une fois ces actions correctives terminées, envoyez le formulaire d'accusé de réception complété au service qualité.
4. Veuillez noter que toutes les autorités compétentes des États membres de l'Espace économique européen/de la Suisse (EEE/CH) et de la Turquie dans lesquels Teleflex distribue directement ses produits seront notifiées par Teleflex.
5. Si vous avez distribué des produits hors de votre pays, veuillez en informer Teleflex par courrier électronique à l'adresse e-mail ci-dessous.
6. Si vous êtes un distributeur et/ou avez une responsabilité de déclaration à l'intérieur ou à l'extérieur de la région EEE/CH/TR, veuillez aviser de cette action l'autorité compétente de votre localité. Veuillez transmettre à Teleflex cet avis et toutes communications avec l'autorité compétente de votre localité.

**Teleflex**

Teleflex informe tous ses clients et distributeurs et tous les employés de Teleflex de cette action corrective relative à la sécurité.

**Transmission de cet avis relatif à la sécurité**

Cet avis doit être transmis à toutes les personnes qui ont besoin d'être avisées au sein de votre établissement, ainsi qu'à tous les établissements auxquels les dispositifs potentiellement concernés ont été transférés. Tenez compte, dans la diffusion du présent avis, des utilisateurs finaux, des cliniciens, des responsables de la gestion des risques, de la chaîne d'approvisionnement/des centres de distribution, etc. Poursuivez la prise de connaissance de cet avis jusqu'à ce que toutes les actions requises aient été achevées au sein de votre établissement.

**Contact**

Pour obtenir des informations ou une assistance supplémentaires sur ce problème, veuillez contacter :

**Service Qualité :**

**Contact :** Nicole Morawiec  
**FAX :** +41 (0) 31 818 40 93

**Téléphone :** +41 (0) 31 818 40 90  
**E-mail :** info.ch@teleflex.com

Veuillez noter que toutes les autorités compétentes des États membres de l'Espace économique européen/de la Suisse (EEE/CH) et de la Turquie dans lesquels Teleflex distribue directement ses produits seront notifiées par Teleflex. Teleflex s'engage à fournir des produits de haute qualité, sûrs et efficaces. Nous vous prions de nous excuser pour tout contretemps que cette action pourrait causer dans le fonctionnement de votre établissement. Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à contacter votre représentant commercial local ou le service qualité.

*Pour et au nom de Teleflex,*

*Padraig Hegarty*

**Padraig Hegarty VP, QA (Fabrication)**

## ACTION CORRECTIVE DE SÉCURITÉ FORMULAIRE D'ACCUSÉ RÉCEPTION

**ACTION RELATIVE À LA SÉCURITÉ DU PRODUIT PAR TELEFLEX - ATTENTION IMMÉDIATE REQUISE**  
Réf. EIF-000393

**RETOURNER IMMÉDIATEMENT LE FORMULAIRE REMPLI À :**

**FAX :** +41 (0) 31 818 40 93

**E-mail:** nicole.morawiec @teleflex.com

<input type="checkbox"/> Nous accusons réception de cet avis de sécurité et avons effectué les actions requises qui y figurent. Nous confirmons que notre stock <b>NE</b> comprend <b>AUCUN</b> produit concerné par cette action relative à la sécurité.	<input type="checkbox"/> Nous accusons réception de cet avis de sécurité et avons effectué les actions requises qui y figurent. Nous confirmons que notre stock <b>COMPREND</b> des produits concernés par cette action relative à la sécurité. Nous avons cessé l'utilisation et la distribution des produits concernés. Tous les produits ont été suspendus et la quantité mentionnée ci-dessous sera retournée.  <b>Numéro d'autorisation de retour (NAR)</b> _____
---	--

**VEUILLEZ INSCRIRE CLAIREMENT LA QUANTITÉ DE PRODUITS.**

NOM COMMERCIAL DES PRODUITS CONCERNÉS :		
RÉFÉRENCE PRODUIT	NUMÉRO DE LOT	QUANTITÉ (retournée)

- Veillez joindre une copie du **Formulaire d'accusé de réception complété** dans le colis de retour avec les unités retournées.
- Assurez-vous que le **NAR (numéro d'autorisation de retour)** soit **clairement visible** sur le colis de retour.
- Veillez étiqueter les colis de retours avec la mention « **Retours suite à action de sécurité** »

Remplissez ce formulaire d'accusé de réception et renvoyez-le immédiatement en utilisant le numéro de fax ou l'adresse électronique ci-dessus.

<b>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NOM DE L'HÔPITAL OU DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ)</b>	
<b>ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>Téléphone / Email</b>
<b>FORMULAIRE REMPLI PAR :</b>	<b>Cachet</b>
<b>NOM EN MAJUSCULES :</b> _____  <b>SIGNATURE :</b> _____	
<b>DATE</b>	