



Réf. mesure corrective de sécurité : SAGQI-874  
FSN\_with acknowledgment form\_Tempus LS\_SAGQI-874\_FR.docx

## Avis de sécurité

### Tempus LS

fabriqué par

**SCHILLER AG, Altgasse 68 CH-6341 Baar, Suisse**  
[www.schiller.ch](http://www.schiller.ch)

SRN : CH-MF-000012722/CHRN : CHRN-MF-20000372

Date : 04/10/2024

**Attention** : Distributeurs SCHILLER agréés et leurs clients

Un problème lié à des informations manquantes dans la notice d'utilisation.

Cet avis est destiné à vous informer sur les points suivants :

- la nature du problème et les circonstances dans lesquelles il peut se produire ;
- les mesures que le distributeur/client doit prendre pour limiter les effets du problème ;
- les mesures mises en place par SCHILLER AG pour remédier au problème.

Nous vous invitons à lire attentivement le présent avis et à nous confirmer par écrit pour le 15/11/2024 que vous en avez lu et compris le contenu. Vous pouvez envoyer votre confirmation écrite à SCHILLER AG via les coordonnées indiquées ci-dessous.

Pour de plus amples informations relatives au présent avis de sécurité, n'hésitez pas à adresser un e-mail à l'équipe Vigilance de SCHILLER AG à [vigilance@schiller.ch](mailto:vigilance@schiller.ch)

Pour toute assistance technique, veuillez contacter votre distributeur local.

SCHILLER AG vous présente ses excuses pour les désagréments occasionnés par ce problème.

Cordialement,

Stefan Bigler  
Responsable des affaires réglementaires  
[vigilance@schiller.ch](mailto:vigilance@schiller.ch)  
Tél. : +41 41 766 42 42



Réf. mesure corrective de sécurité : SAGQI-874

FSN\_with acknowledgment form\_Tempus LS\_SAGQI-874\_FR.docx

## 1. INFORMATION SUR LES APPAREILS CONCERNÉS

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOM COMMERCIAL :</b>                                | Tempus LS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>USAGE CLINIQUE PRINCIPAL DE L'APPAREIL*</b>         | Le défibrillateur Tempus LS est un dispositif léger et de taille compacte, alimenté par batterie, conçu pour être utilisé en milieux cliniques et préhospitaliers. Le défibrillateur Tempus LS est utilisé pour le traitement de la fibrillation ventriculaire (FV) et de la tachycardie ventriculaire (TV) par défibrillation manuelle et automatique, et en mode cardioversion pour le traitement de la fibrillation auriculaire. |
| <b>NUMÉRO DE MODÈLE/CATALOGUE/RÉFÉRENCE :</b>          | 3.940590 Unité de base Tempus LS (élément de 1A.702100 Tempus LS Package RDT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>VERSION DU LOGICIEL :</b>                           | Sans objet, car l'origine du problème n'est pas le logiciel du dispositif.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PLAGE DE NUMÉROS DE SÉRIE OU DE LOT CONCERNÉS :</b> | Sans objet, car ce problème n'est pas lié aux numéros de série                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>IDENTIFIANT UNIQUE DE L'APPAREIL :</b>              | 07613365001693                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>TYPE D'APPAREIL :</b>                               | Système de défibrillation à surveillance physiologique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## 2. MOTIF DE LA MESURE CORRECTIVE DE SÉCURITÉ

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMATIONS GÉNÉRALES ET DESCRIPTION DU PROBLÈME</b>      | SCHILLER AG a relevé des informations manquantes dans la notice d'utilisation du Tempus LS.<br>Il a été omis d'indiquer que les mesures simultanées de l'ECG avec plusieurs dispositifs sur le même patient peuvent générer des distorsions du signal ECG. |
| <b>DANGER DONNANT LIEU À LA MESURE CORRECTIVE DE SÉCURITÉ</b> | Les distorsions peuvent entraîner l'absence ou l'inefficacité de la stimulation ou l'absence ou l'inadéquation de l'impulsion de défibrillation.                                                                                                           |
| <b>PROBABILITÉ D'APPARITION DU PROBLÈME</b>                   | Ce comportement peut potentiellement affecter tous les dispositifs et se produire dans toute situation où deux dispositifs dotés d'amplificateurs ECG sont utilisés simultanément sur le même patient.                                                     |



Réf. mesure corrective de sécurité : SAGQI-874

FSN\_with acknowledgment form\_Tempus LS\_SAGQI-874\_FR.docx

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RISQUE ESCOMPTÉ POUR<br/>LES<br/>PATIENTS/UTILISATEURS</b> | <p>Dans le pire des cas, la distorsion de l'ECG et le manque de fonctionnalité de l'appareil qui en résulte :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entraînent ou peuvent entraîner une déficience permanente ou des lésions irréversibles ; ou</li><li>• Nécessitent ou peuvent nécessiter une intervention médicale ou chirurgicale immédiate pour éviter des dommages organiques permanents ; ou</li><li>• Réduisent ou peuvent réduire la probabilité de survie ; ou</li><li>• Donnent lieu ou peuvent donner lieu à une intervention chirurgicale inutile ou évitable.</li></ul> |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Réf. mesure corrective de sécurité : SAGQI-874

FSN\_with acknowledgment form\_Tempus LS\_SAGQI-874\_FR.docx

| 3. TYPE DE MESURE POUR LIMITER LE RISQUE                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MESURE À PRENDRE PAR LE FABRICANT                                                     | <ol style="list-style-type: none"><li>1) Mettre à jour la notice d'utilisation en indiquant que deux amplificateurs ECG ne doivent pas être branchés au même patient simultanément.<br/>Schiller AG est en train de mettre à jour la notice d'utilisation et la remettra au cours de T2-2024.</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le chapitre 1.1.6/10 sera mis à jour comme suit :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Le branchement de deux appareils ECG (par ex. les câbles ECG Tempus Pro et Tempus LS) au même patient peut provoquer des bruits électriques et des interférences qui affecteront la qualité des enregistrements ECG. Les formes d'ondes ECG peuvent s'en voir illisibles ou déformées.</li></ul></li><li>• Le chapitre 3.4.2 sera mis à jour comme suit :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Lorsque les dérivations ECG Tempus LS sont appliquées sur un patient, n'appliquez pas un second jeu de dérivations ECG sur le patient (par ex. à partir du Tempus Pro). La connexion simultanée d'un deuxième jeu de dérivations ECG peut entraîner une distorsion ou une illisibilité des signaux ECG. Cela peut également empêcher la fonction de stimulation de fonctionner comme prévu.</li></ul></li></ul> |
| MESURE À PRENDRE PAR LE DISTRIBUTEUR/IMPORTATEUR                                      | <ol style="list-style-type: none"><li>1) Transmettre le présent avis de sécurité à tous les UTILISATEURS identifiés.</li><li>2) Fournir aux utilisateurs la toute dernière version de la notice d'utilisation.</li><li>3) Veuillez envoyer l'ANNEXE I – Formulaire de réponse du distributeur/importateur signé à SCHILLER AG pour le 15/11/2024 au plus tard pour confirmer que le contenu de cet avis a été lu et compris, et que cet avis de sécurité a été transmis à tous les utilisateurs et qu'ils l'ont tous lu et compris.</li></ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| MESURE À PRENDRE PAR L'UTILISATEUR                                                    | <ol style="list-style-type: none"><li>1) Toujours utiliser et suivre la notice d'utilisation en vigueur.</li><li>2) Veuillez envoyer l'ANNEXE II – Formulaire de réponse du client à votre distributeur agréé pour confirmer que le présent avis de sécurité a été lu et compris.</li></ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| DÉLAI :                                                                               | 15/11/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| L'AVIS DE SÉCURITÉ DOIT-IL ÊTRE COMMUNIQUÉ AU PATIENT/UTILISATEUR NON PROFESSIONNEL ? | Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| LISTE DES PIÈCES JOINTES                                                              | ANNEXE I - Formulaire de réponse du distributeur/importateur<br>ANNEXE II - Formulaire de réponse du client                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ASSISTANCE TECHNIQUE                                                                  | Pour toute assistance technique, veuillez contacter votre distributeur local.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



Réf. mesure corrective de sécurité : SAGQI-874

FSN\_with acknowledgment form\_Tempus LS\_SAGQI-874\_FR.docx

**Transmission du présent avis de sécurité**

Le présent avis doit être transmis à toutes les personnes qui ont besoin d'être informées de son contenu au sein de votre organisation ou de toute organisation à laquelle les appareils potentiellement concernés ont été transférés (selon le cas).

Veuillez transférer le présent avis à toutes les autres organisations concernées par cette mesure (selon le cas). Restez attentif au présent avis et aux mesures qui en résultent pendant une durée appropriée afin de garantir l'efficacité des mesures correctives.

Signalez tous les incidents liés au dispositif au fabricant, au distributeur ou au représentant local, ainsi qu'à l'autorité nationale compétente le cas échéant, car ces informations sont essentielles. \*

L'autorité nationale responsable a été informée de la communication du présent avis de sécurité.



Réf. mesure corrective de sécurité : SAGQI-874

FSN\_with acknowledgment form\_Tempus LS\_SAGQI-874\_FR.docx

**ANNEXE I - Formulaire de réponse du distributeur/importateur**

(À remplir pour chaque pays)

| <b>1. Avis de sécurité</b>       |            |
|----------------------------------|------------|
| Référence de l'avis de sécurité* | SAGQI-874  |
| Date de l'avis de sécurité*      | 10/04/2024 |
| Nom du produit/dispositif*       | Tempus LS  |

| <b>2. Coordonnées du fabricant</b> |                                                                  |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nom de l'entreprise                | SCHILLER AG                                                      |
| SRN                                | CH-MF-000012722                                                  |
| CHRN                               | CHRN-MF-20000372                                                 |
| Adresse                            | Altgasse 68<br>6341 Baar, Suisse                                 |
| Nom de la personne de contact      | Stefan Bigler                                                    |
| E-mail                             | <a href="mailto:vigilance@schiller.ch">vigilance@schiller.ch</a> |
| Numéro de téléphone                | +41 41 766 42 42                                                 |

| <b>3. Coordonnées du distributeur/importateur</b>     |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| Nom de l'entreprise*                                  |  |
| Numéro de compte                                      |  |
| Adresse*                                              |  |
| Adresse de livraison si différente de celle ci-dessus |  |
| Nom de la personne de contact*                        |  |
| Titre ou fonction                                     |  |
| Numéro de téléphone*                                  |  |
| E-mail*                                               |  |

| <b>4. Distributeurs/importateurs (cocher toutes les cases applicables)</b> |                                                                                              |                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                   | *Je confirme avoir reçu, lu et compris le présent avis de sécurité.                          | <input type="checkbox"/> À compléter par le distributeur/importateur (ou indiquer N/A)   |
| <input type="checkbox"/>                                                   | *J'ai identifié les clients qui ont reçu ou ont pu recevoir cet appareil                     | <input type="checkbox"/> À compléter par le distributeur/l'importateur (ou indiquer N/A) |
| <input type="checkbox"/>                                                   | *J'ai joint la liste complète des dispositifs.                                               | <input type="checkbox"/> À compléter par le distributeur/importateur (ou indiquer N/A)   |
| <input type="checkbox"/>                                                   | *J'ai pris les mesures du DISTRIBUTEUR/IMPORTATEUR requises par le présent avis de sécurité. | <input type="checkbox"/> À compléter par le distributeur/l'importateur (ou indiquer N/A) |
| <input type="checkbox"/>                                                   | *J'ai reçu le formulaire de réponse complété de tous les clients identifiés.                 | Le distributeur/importateur doit indiquer le pays concerné                               |
| <input type="checkbox"/>                                                   | Ni moi ni aucun de mes clients ne possédons de dispositifs concernés en stock.               |                                                                                          |
| Nom en majuscules*                                                         |                                                                                              | Nom du distributeur/importateur en majuscules                                            |
| Signature*                                                                 |                                                                                              | Signature du distributeur/importateur ici                                                |
| Date *                                                                     |                                                                                              |                                                                                          |

Les champs comportant un astérisque (\*) sont obligatoires.

Il est important que votre organisation confirme la réception du présent avis de sécurité et prenne les mesures détaillées dans le document.

Votre réponse nous permet de suivre l'évolution des mesures correctives.



Réf. mesure corrective de sécurité : SAGQI-874

FSN\_with acknowledgment form\_Tempus LS\_SAGQI-874\_FR.docx

## ANNEXE II - Formulaire de réponse du client

| 1. Avis de sécurité              |            |
|----------------------------------|------------|
| Référence de l'avis de sécurité* | SAGQI-874  |
| Date de l'avis de sécurité*      | 10/04/2024 |
| Nom du produit/dispositif*       | Tempus LS  |

| 2. Informations sur le client                         |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| Numéro de compte                                      |  |
| Nom de l'établissement de soins de santé*             |  |
| Adresse de l'établissement*                           |  |
| Service/Unité                                         |  |
| Adresse de livraison si différente de celle ci-dessus |  |
| Nom de la personne de contact*                        |  |
| Titre ou fonction                                     |  |
| Numéro de téléphone*                                  |  |
| E-mail*                                               |  |

| 3. Mesures prises par le client au nom de l'établissement de soins de santé                                                                                                     |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> *Je confirme avoir reçu le présent avis de sécurité ainsi que la version mise à jour de la notice d'utilisation, et en avoir lu et compris le contenu. | <input checked="" type="checkbox"/> À compléter par le client (ou N/A)                      |
| <input type="checkbox"/> *Les informations fournies et les mesures requises ont été portées à l'attention de tous les utilisateurs concernés et mises en œuvre.                 | <input checked="" type="checkbox"/> À compléter par le client (ou N/A)                      |
| <input type="checkbox"/> J'ai vendu mon/mes dispositif(s).                                                                                                                      | Indiquer le(s) numéro(s) de série du dispositif et les coordonnées du nouveau propriétaire. |
| <input type="checkbox"/> Je ne possède aucun des dispositifs concernés.                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> À compléter par le client (ou N/A)                      |
| Nom en majuscules*                                                                                                                                                              | Nom du client en majuscules                                                                 |
| Signature*                                                                                                                                                                      | Signature du client                                                                         |
| Date*                                                                                                                                                                           |                                                                                             |

Les champs comportant un astérisque (\*) sont obligatoires.

Il est important que votre organisation confirme la réception du présent avis de sécurité et prenne les mesures détaillées dans le document.

Votre réponse nous permet de suivre l'évolution des mesures correctives.