

URGENT: AVIS DE SECURITE

Cassettes-réservoirs CADD™

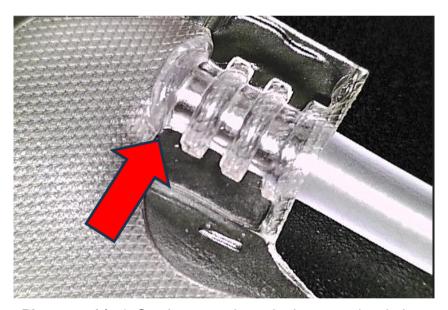
5 septembre 2024

Cher client, chère cliente CADD:

Smiths Medical publie ce courrier afin de vous informer d'un problème potentiel concernant des modèles et des lots spécifiques de cassettes-réservoirs CADD™ 50 ml et 100 ml. Cette notification détaille ces problèmes ainsi que les produits concernés et les mesures à prendre.

Problème:

Certaines cassettes-réservoirs CADD™ peuvent présenter un joint de soudure affaibli entre la poche interne et la tubulure en raison d'un dysfonctionnement de l'équipement de production. Cela pourrait entraîner une fuite de médicament à l'endroit ou près de l'endroit spécifié dans la photographie 1.



Photographie 1. Soudure entre la poche interne et la tubulure

Risque potentiel:

Une fuite provenant d'une soudure affaiblie au niveau du joint entre la poche interne et la tubulure pourrait potentiellement entraîner un retard ou une interruption du traitement, une administration insuffisante du médicament, une exposition à des agents infectieux ou toxiques, ou une embolie gazeuse.

À ce jour, Smiths Medical a reçu des rapports faisant état d'une blessure grave et de zéro décès potentiellement liés à ce problème. Cependant, en raison du risque de conséquences graves pour la santé, telles qu'une invalidité permanente ou le décès, les produits énumérés ci-dessous sont rappelés.

Avis de sécurité : FA2406-01 Cassettes-réservoirs CADD (CH) Page 1 sur 5



Produits affectés:

Certains lots de cassettes-réservoirs CADD™ figurant dans le tableau 1 sont potentiellement concernés.

Tableau 1 : Dispositifs potentiellement concernés par le Problème

	ableau 1 . Dispositiis potentienement concernes par			
Référence	Description	Lots affectés		
21-7001-24	RESERVOIR, CASSETTE, 50ML 12/BX	3983342, 4013368, 4046817, 4052400, 4060903		
21-7002-24	RESERVOIR, CASSETTE, 100ML 12/BX	3977441, 3983314, 4013369, 4013370, 4013371, 4013372, 4025948, 4033993, 4037444, 4040238		
21-7301-24	RESERVOIR, CASSETTE, 50ML, FS 12/BX	3983337, 3983338, 3983340, 4013367, 4034019, 4034021, 4034022, 4037748, 4037749, 4040247, 4040248, 4042839, 4042840, 4052405, 4052406, 4052409		
21-7302-24	RESERVOIR, CASSETTE, 100ML, FS 12/BX	3971709, 3983315, 3983317, 3983318, 3983320, 3983328, 3983332, 4013356, 4013359, 4013373, 4013375, 4013376, 4013378, 4019430, 4034024, 4034030, 4037751, 4037752, 4037754, 4037756, 4040251, 4048892, 4052411, 4052412, 4052413, 4053920		

Actions de la part des clients:

Veuillez contacter le service clientèle de Smiths Medical pour obtenir des informations sur l'obtention d'autres cassettes-réservoirs CADD™.

 Vérifiez tous les emplacements de stockage au sein de votre établissement pour identifier si vous détenez des références et numéros de lot concernés tels que répertoriés dans le tableau 1 et cessez leur utilisation. Jetez tous les produits concernés en suivant le processus de mise au rebut de votre établissement. Si l'élimination n'est pas immédiatement

Avis de sécurité : FA2406-01 Cassettes-réservoirs CADD (CH) Page 2 sur 5



possible dans votre établissement, le produit doit alors être mis en quarantaine jusqu'à son élimination.

- Partagez cette notification avec tous les utilisateurs potentiels des dispositifs pour vous assurer qu'ils sont au courant de cette notification et des mesures d'atténuation proposées. Si les appareils sont utilisés à un autre endroit, veuillez-vous assurer que cette communication y est transmise.
- Renvoyez le formulaire de réponse du client ci-joint à <u>EMEA-FSN@icumed.com</u> dans les dix jours suivant sa réception afin d'accuser réception de cette notification et d'identifier tout produit potentiellement affecté en votre possession.
- 4. DISTRIBUTEURS: Si vous avez distribué des produits potentiellement concernés à vos clients, veuillez leur transmettre immédiatement cet avis et leur demander de remplir le formulaire de réponse et de VOUS le retourner. Ensuite, le DISTRIBUTEUR doit remplir un SEUL formulaire avec les détails requis et le retourner à EMEA-FSN@icumed.com

Actions de la part de Smiths Medical:

Smiths Medical fournira un crédit pour tous les produits concernés certifiés comme détruits. Smiths Medical a corrigé le processus de fabrication à l'origine de ce problème. Remarque : une nouvelle commande doit être passée si un remplacement est necessaire.

Pour plus d'informations, veuillez contacter Smiths Medical en utilisant les informations suivantes:

Contact Smiths Medical	Coordonnées	Domaines de soutien
Gestion globale des réclamations	globalcomplaints@icumed.com	Pour signaler des événements indésirables ou des réclamations concernant un produit
Support technique	servicece@icumed.com	Informations complémentaires ou assistance technique,
Service client	https://www.icumed.com/about- us/contact-us	Questions sur le remplacement du produit et/ou le crédit

General Information

Votre autorité compétente nationale a été informée de cet avis de sécurité.

Smiths Medical s'engage à fournir des produits et des services de qualité à ses clients. Nous nous excusons pour tout inconvénient que cette situation pourrait causer..

Sincèrement,

Jim Vegel

Vice President, Quality

Voir ci-dessous : Formulaire de réponse client

Avis de sécurité : FA2406-01 Cassettes-réservoirs CADD (CH) Page 3 sur 5



AVIS DE SÉCURITÉ URGENT - FORMULAIRE DE RÉPONSE

Cassettes-réservoirs CADD™

5 septembre 2024

Vérifiez votre inventaire et complétez les informations ci-dessous, même si vous ne possédez pas le produit concerné. <u>Le fait</u> <u>de ne pas remplir toutes les sections de cette page peut entraîner un avoir incorrect, retardé ou refusé.</u>

Veuillez renvoyer le formulaire complété à <u>EMEA-FSN@icumed.com</u>. Si vous avez des questions sur ce formulaire, veuillez contacter <u>EMEA-FSN@icumed.com</u> ou votre représentant commercial local.

Nom de l'hôpital/établissement							
Adresse de l'hôpital/établissement							
Numéro de téléphone							
et titre de la personne rei	mplissant ce formulaire	!					
ure de la personne remp	lissant ce formulaire						
		uer ici					
, j'ai des produits concerr et détruit tous les articles Si vous avez des produit TABLEAU 1	nés, j'ai informé les util s concernés (voir tables s concernés en stock, v	isateurs au ci-dess reuillez co	de mon établisse sous) ompléter le table	ement et j'ai	suivi les ins		
Numéro d'article/SKU	Numéro de lot	_	·	-		Date de destruct	ion
						s informations	
Numéro d'article/SKU	Numéro de lo	ot	Quantité détruite localement (unités)		Date de destruction		
	ro de téléphone et titre de la personne rer ure de la personne remp d'achat auprès d'un dist n/l'emplacement du distr vilité. ne des cases ci-dessous : l'ai AUCUN produit conce r, j'ai des produits concerr et détruit tous les articles Si vous avez des produit TABLEAU 1 Numéro d'article/SKU Si vous avez distribué de rassemblées reçues de v TABLEAU 2	ro de téléphone et titre de la personne remplissant ce formulaire ure de la personne remplissant ce formulaire de d'achat auprès d'un distributeur, veuillez indique n/l'emplacement du distributeur à des fins de silité. ne des cases ci-dessous : l'ai AUCUN produit concerné (remplissez et renv n, j'ai des produits concernés, j'ai informé les util et détruit tous les articles concernés (voir tablea Si vous avez des produits concernés en stock, v TABLEAU 1 Numéro Numéro de lot d'article/SKU Si vous avez distribué des produits concernés, v rassemblées reçues de vos clients et répondre TABLEAU 2	ro de téléphone et titre de la personne remplissant ce formulaire ure de la personne remplissant ce formulaire d'achat auprès d'un distributeur, veuillez indiquer ici n/l'emplacement du distributeur à des fins de silité. ne des cases ci-dessous : 'ai AUCUN produit concerné (remplissez et renvoyez ce formulaire) 'ai des produits concernés, j'ai informé les utilisateurs et détruit tous les articles concernés (voir tableau ci-desse si vous avez des produits concernés en stock, veuillez en stock, veuille	ro de téléphone et titre de la personne remplissant ce formulaire ure de la personne remplissant ce formulaire d'achat auprès d'un distributeur, veuillez indiquer ici n/l'emplacement du distributeur à des fins de silité. ne des cases ci-dessous : 'ai AUCUN produit concerné (remplissez et renvoyez ce formulaire à l'adi , j'ai des produits concernés, j'ai informé les utilisateurs de mon établisse et détruit tous les articles concernés (voir tableau ci-dessous) Si vous avez des produits concernés en stock, veuillez compléter le table TABLEAU 1 Numéro Numéro de lot Quantité en inventaire (Chacun) Si vous avez distribué des produits concernés, veuillez compléter le table rassemblées reçues de vos clients et répondre à ICU Medical avec les inf TABLEAU 2 Numéro d'article/SKU Numéro de lot Quantité dé	ro de téléphone et titre de la personne remplissant ce formulaire ure de la personne remplissant ce formulaire d'achat auprès d'un distributeur, veuillez indiquer ici n/l'emplacement du distributeur à des fins de silité. ne des cases ci-dessous : 'ai AUCUN produit concerné (remplissez et renvoyez ce formulaire à l'adresse e-mail , j'ai des produits concernés, j'ai informé les utilisateurs de mon établissement et j'ai et détruit tous les articles concernés (voir tableau ci-dessous) Si vous avez des produits concernés en stock, veuillez compléter le tableau 1 ci-des: TABLEAU 1 Numéro Numéro Numéro de lot Quantité en inventaire (Chacun) (un Si vous avez distribué des produits concernés, veuillez compléter le tableau 2 ci-des rassemblées reçues de vos clients et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informations produits concernés et répondre à ICU Medical avec les informatical et répondre de lot produits et l'alle et l'alle et l'alle et l'alle et l'alle et l'all	ro de téléphone et titre de la personne remplissant ce formulaire ure de la personne remplissant ce formulaire d'achat auprès d'un distributeur, veuillez indiquer ici n/l'emplacement du distributeur à des fins de illité. ne des cases ci-dessous : 'ai AUCUN produit concerné (remplissez et renvoyez ce formulaire à l'adresse e-mail ci-dessus) , j'ai des produits concernés, j'ai informé les utilisateurs de mon établissement et j'ai suivi les insi et détruit tous les articles concernés (voir tableau ci-dessous) Si vous avez des produits concernés en stock, veuillez compléter le tableau 1 ci-dessous : TABLEAU 1 Numéro Numéro de lot Quantité en Quantité détruite d'article/SKU Numéro de lot Inventaire (Chacun) (unités) Si vous avez distribué des produits concernés, veuillez compléter le tableau 2 ci-dessous avec le rassemblées reçues de vos clients et répondre à ICU Medical avec les informations globales. TABLEAU 2 Numéro d'article/SKU Numéro de lot Quantité détruite Date de	ro de téléphone et titre de la personne remplissant ce formulaire ure de la personne remplissant ce formulaire d'achat auprès d'un distributeur, veuillez indiquer ici n/l'emplacement du distributeur à des fins de illité. ne des cases ci-dessous : ai AUCUN produit concerné (remplissez et renvoyez ce formulaire à l'adresse e-mail ci-dessus) , j'ai des produits concernés, j'ai informé les utilisateurs de mon établissement et j'ai suivi les instructions qui m'ont et détruit tous les articles concernés (voir tableau ci-dessous) Si vous avez des produits concernés en stock, veuillez compléter le tableau 1 ci-dessous : TABLEAU 1 Numéro Numéro de lot Quantité en Quantité détruite Date de destruct inventaire (Chacun) Si vous avez distribué des produits concernés, veuillez compléter le tableau 2 ci-dessous avec les informations rassemblées reçues de vos clients et répondre à ICU Medical avec les informations globales. TABLEAU 2 Numéro d'article/SKU Numéro de lot Quantité détruite Date de destruction

Avis de sécurité : FA2406-01 Cassettes-réservoirs CADD (CH) Page 4 sur 5

courrier électronique au service mondial de gestion des plaintes de Smiths Medical à globalcomplaints@icumed.com.



PRODUIT SUPPLÉMENTAIRE CONCERNÉ DÉTRUIT

Numéro d'article/SKU	Numéro de lot	Quantité en inventaire (Chacun)	Quantité détruite (chacune)	Date de destruction
,			, ,	

Avis de sécurité : FA2406-01 Cassettes-réservoirs CADD (CH)