

**RETRAIT DE MARCHÉ D'UNE DROGUE – FORMULAIRE DE RÉPONSE CLIENT**

**Retrait de type I - URGENT – Pénicilline G sodique pour injection, USP**

**Veillez nous répondre immédiatement**

Veillez remplir ce formulaire et le renvoyer par TÉLÉCOPIEUR au numéro indiqué ci-dessous ou le COURRIELLER à l'adresse fournie pour confirmer que vous avez reçu cette notification.

**TÉLÉCOPIEUR : 1-877-821-2108** (page couverture de télécopie non nécessaire)

**Courriel : Canada\_Product\_Complaints@Fresenius-Kabi.com**

Nom et adresse de l'établissement :	
Confirmation de réponse effectuée par : (Nom en lettres moulées, svp)	
Titre : (en lettres moulées, svp)	
Numéro de téléphone inclure l'indicatif régional	

Veillez cocher la case appropriée

<input type="checkbox"/>	Nous avons reçu la lettre mentionnée ci-dessus, comprenons les instructions et avons diffusé cette information à notre personnel et à d'autres centres ou installations, selon le cas, et nous avons le produit et la quantité suivants dans notre inventaire.		
	<b>Produit</b>	<b>Lot(s)</b> Indiquez le(s) lot(s) disponible(s) dans votre inventaire	<b>Quantité</b>
	PF170002 Pénicilline G sodique pour injection		
	Lots touchés : 305609, 305610, 305873		
<input type="checkbox"/>	Nous avons reçu la lettre susmentionnée et avons diffusé cette information à notre personnel et à d'autres centres ou installations, selon le cas, et nous NE disposons D'AUCUN des produits/codes énumérés dans notre inventaire.		

Signature/Date :

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées, signature et date