

TRAITEMENT DES RETRAITS OU RAPPELS DE LOTS DE MÉDICAMENTS

LISTE DE CONTRÔLE

RECOMMANDATION
ONP



| ACTIONS | INFORMATIONS/ENREGISTREMENTS | VISAS |
|---|---|-------|
| Réception du retrait/rappel | Date : Heure : | |
| Impression du retrait/rappel | Date : Heure : | |
| Analyse de l'information et identification du produit et des lots concernés | Double contrôle : | |
| | Nombre de lots concernés : | |
| Information de l'équipe | Date : Heure : | |
| Retrait/Rappel physique | Date : Heure : | |
| Rangements habituels | <ul style="list-style-type: none"> • • • Enceinte thermostatique (médicaments de la chaîne du froid) • Armoires et locaux fermant à clé (stupéfiants) Nombre de boîtes retirées : | |
| Zone dédiée aux ordonnances en attente | Nombre de boîtes retirées : | |
| Zone dédiée aux promis | Nombre de boîtes retirées : | |
| Zone de livraison en attente de déballage | Nombre de boîtes retirées : | |
| Zone de préparation des commandes | Nombre de boîtes retirées : | |
| Dispensations en cours | Nombre de boîtes retirées : | |
| Réserves | Nombre de boîtes retirées : | |
| Mise en quarantaine des boîtes dans un contenant identifié dans une zone dédiée | N° des lots retirés : Nombre de boîtes : Date de l'envoi au grossiste : | |
| Sécurisation de la dispensation | Date : | |

DATE ET PARAPHE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE INFORMÉS DU RETRAIT/RAPPEL

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

ARCHIVAGE DU PRÉSENT DOCUMENT

Date :

Nom, date et signature du responsable du retrait/rappel

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

CONTRÔLES DE L'ABSENCE DE FACTURATION

Dates :

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|