

	Azienda Sanitaria Provinciale Enna Modulo 10B SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ JANSSEN	v.0.1 31/05/2021 Pagina 1 di 1
---	--	--

Da consegnare alla Farmacia del PO Umberto I per gli opportuni adempimenti
mail: farmacia.umberto@asp.enna.it

PUNTO VACCINALE _____ DATA _____

Sono state riscontrate le seguenti Non Conformità:

- presenza di particolato visibile/ cambiamento di colore nel flacone n° _____
(indicare Lotto _____ e Scadenza _____)
- presenza di particolato visibile nella siringa n° _____
(indicare Lotto _____ e Scadenza _____)
- rottura flacone n° _____
- perdita del contenuto della siringa n° _____ (Indicare il numero del
Foglio di Preparazione _____)
- N _____ dosi non somministrate entro le 6 ore per mancanza di soggetti
presentatesi alla seduta vaccinale

Nome e Cognome operatore

Firma

Nome e Cognome Medico

Firma

Nome e Cognome Responsabile Punto Vaccinale

Firma per presa visione