


| | | |
|---|--|---|
|  <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> | <p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>Modulo 9B SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ ASTRAZENECA</p> | <p>v.0.2</p> <p>31/05/2021</p> <p>Pagina 1 di 1</p> |
|---|--|---|

**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