

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ Farmacie di comunità</p>	<p>v.0.1</p> <p>11/10/2021</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Da consegnare alla Farmacia del PO Umberto I per gli opportuni adempimenti

mail: farmacie.vaccinazioni@asp.enna.it

FARMACIA _____ **DATA** _____

VACCINO _____ **LOTTO** _____ **SCADENZA** _____

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 (Comirnaty) / 19 ore (Spikevax)

per mancanza di soggetti presentatisi alla seduta vaccinale

fuori specifica sul mantenimento della catena del freddo

Nome e Cognome operatore che rileva la non conformità

Firma

Nome e Cognome Farmacista Titolare

Firma