

	<b>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</b>  <b>Modulo 16C</b>  <b>SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ</b> <b>NUVAXOVID</b>	v.0.0  01/03/2022  Pagina 1 di 1
---	--	--

**Da consegnare alla Farmacia del PO Umberto I per gli opportuni adempimenti**  
**mail: [farmacia.umberto@asp.enna.it](mailto: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° \_\_\_\_\_  
prima della diluizione (indicare Lotto \_\_\_\_\_ e Scadenza \_\_\_\_\_)
- presenza di particolato visibile/ cambiamento di colore nel flacone n° \_\_\_\_\_  
dopo la diluizione (indicare Lotto \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Foglio  
Preparazione N° \_\_\_\_\_ )
- 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 Responsabile Punto Vaccinale

\_\_\_\_\_  
Firma