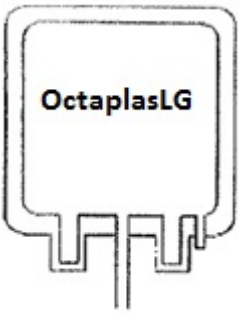
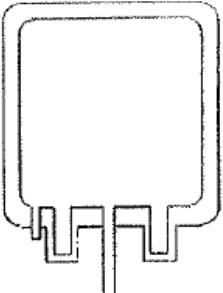


OCTAPLASLG-
TUOTEVALITUS

Virhe havaittu __/__/__

Asiakas Yhteyshenkilö Puh.	Fax	Asiakasnro Veripalvelussa
----------------------------------	-----	------------------------------

<p>OctaplasLG A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/></p> <p>Valmistajan eränumero _____</p> <p>Pussinnumero _____</p> <p>Sulatustapa Vesihaude <input type="checkbox"/> Sahara <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____</p> <p>Valituksen syy Sisäpussi rikki <input type="checkbox"/> Ulkopussi rikki <input type="checkbox"/> Sakkainen valmiste <input type="checkbox"/> - täytä lomakkeen sivu 2 Muu, mikä? _____</p> <p>Tuote lähetetään Veripalveluun Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p><i>Tuotteen hävittämiseen tarvitaan Veripalvelun lupa!</i></p> <p>Lisätietoja _____ _____</p>	<p>Merkitse oletettu vauriokohta</p> <p>Edestä</p>  <p>Takaa</p> 
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tämä lomake liitetään mahdollisen palautuksen yhteyteen tai toimitetaan sähköpostitse / faxilla Veripalveluun.

Veripalvelu täyttää	Käsitelty loppuun Tuote hävitetty	Pvm/nimi: _____ Pvm/nimi: _____
------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

laakkeet@veripalvelu.fi, efaksi 09 454 6245, puh. 029 300 1001

Postiosoite: Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Valmistereklaamaatiot, PL 2, 01731 Vantaa

Toimitusosoite: Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Näytteiden vastaanotto, Valmistereklaamaatiot, Härkälenkki 13 C, 01730 Vantaa

Sivu 2 täydennetään vain, jos sulatetussa tuotteessa on havaittu sakkaa.

Jos sulatetussa tuotteessa havaitaan sakkaa, vastatkaa ystävällisesti alla oleviin kysymyksiin.

1. Mitä menetelmää valmisteeseen sulattamiseen käytettiin? _____

2. Kuinka kauan sulattamisprosessi kesti? _____

3. Kuinka monta pussia sulatettiin samanaikaisesti? _____

4. Liikutettiin pusseja sulattamisen aikana? _____

5. Mikä oli lämpötila sulattamisen aikana ja mikä oli lämpötila silloin, kun pussit poistettiin sulatukseen käytetystä laitteesta (jotta voidaan poissulkea jääkiteet)?

6. Onko pusseja säilytetty jääkaapissa sulattamisen jälkeen? _____

7. Onko lääkevalmistetta annettu potilaille? _____
