

	Système management de la qualité	Code :
	Rapport confidentiel de défaut de qualité d'un médicament	FIC-PV-2025-01-0.0 Nbre page 01

Date de la déclaration : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

COORDONNEES DU DECLARANT :

Nom : Prénom : Profession :
 N° Tél: : Email :
 Etablissement : Wilaya :

MEDICAMENT

DCI	
Nom déposé	
Forme pharmaceutique	
Dosage	
Conditionnement	
N° de lot(s) posant problème	
Date de fabrication (DDF)	
Date de péremption (DDP)	
Laboratoire fabricant	
Fournisseur	

Description du problème :

.....

Commentaires supplémentaires :

.....

Fabricant et/ou fournisseur ont- ils été informés du problème ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date : /..... /.....

L'échantillon du produit est-il en votre possession ? ☐ Oui ☐ Non