

DISPOSITIF CYCLAMED FICHE D'ANOMALIE CYCLAMED

A faxer à CYCLAMED 01 46 84 04 91 / association@cyclamed.org
et CSRP 01 42 94 19 84 / csrp@csrp.fr

RENSEIGNEMENTS

Date d'émission
du présent document

Date de
l'évènement

Identification du
responsable
Nom / Prénom / Fonction

Pharmacie concernée
Nom / Adresse

Répartiteur concerné
Nom / Adresse

Descriptif de l'évènement
En quelques lignes

Pièces jointes (photos)

DISPOSITIF CYCLAMED FICHE D'ANOMALIE CYCLAMED

A faxer à CYCLAMED 01 46 84 04 91 / association@cyclamed.org
 et CSRP 01 42 94 19 84 / csrp@csrp.fr

PLAN D' ACTIONS CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES (À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE) VIS-À-VIS DE :

	DATE	NATURE
<input type="radio"/> la personne	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> la pharmacie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> du répartiteur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CYCLAMED	<input type="text"/>	<input type="text"/>



ENVOYER LE FORMULAIRE

RETOUR D' ACTIONS (RÉSULTATS, À REMPLIR PAR CYCLAMED) VIS-À-VIS DE :

	DATE	NATURE
<input type="radio"/> la personne	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> la pharmacie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> du répartiteur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CYCLAMED	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATE DE CLÔTURE DE LA FICHE

VISA DU RESPONSABLE DU SUIVI

DISPOSITIF CYCLAMED FICHE D'ANOMALIE CYCLAMED

A faxer à CYCLAMED 01 46 84 04 91 / association@cyclamed.org
et CSRP 01 42 94 19 84 / csrp@csrp.fr

1. OBJET

Cette procédure décrit la marche à suivre pour utiliser une fiche d'anomalie pour toute personne appartenant au milieu officinal ou de répartition, concernée par un incident ou une déviation dans le cadre du dispositif Cyclamed.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Ce document s'applique à tous les incidents ou déviations rencontrés dans le cadre du dispositif Cyclamed, à l'officine ou à l'établissement de répartition.

3. MISE EN ŒUVRE

L'événement donne lieu à l'émission de la fiche d'anomalie.

3.1 DESCRIPTION ET IDENTIFICATION

Responsable :

- Tout personnel d'officine manipulant un carton Cyclamed ou sac rapporté par un client pour Cyclamed.
- Tout personnel d'établissement de répartition manipulant un carton Cyclamed.

Renseignements à fournir :

- Date de l'événements et de la transmission de la fiche ;
- Identification de la personne concernée ;
- Descriptif de l'événement

3.2 PLAN D'ACTIONS CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES (REPLI PAR LE RESPONSABLE)

Responsable :

- Le titulaire de l'officine
- Le directeur ou le responsable d'exploitation de l'établissement de répartition

Renseignements :

- **Concernant la personne** : Sont précisées la date et les mesures prises.
- **Concernant la pharmacie** : Sont précisées la date et les modifications dans la procédure de prise en charge des Médicaments Non Utilisés (MNU).
- **Concernant le répartiteur** : Sont précisées la date et les modifications dans la procédure de prise en charge des cartons Cyclamed pleins.
- **Concernant Cyclamed** : Sont indiquées la date et la notification de l'intervention souhaitée.

> Le responsable transmet la fiche ainsi complétée à Cyclamed, par fax ou courriel.

3.3 RETOURS D'ACTIONS (REPLI PAR CYCLAMED)

Responsable :

- Le directeur de Cyclamed

Renseignements :

- **Concernant la personne** : S'assurant qu'elle n'est plus touchée par l'incident.
- **Concernant la pharmacie** : S'assurant que la nouvelle procédure est correcte et bien opérationnelle.
- **Concernant le répartiteur** : S'assurant que la nouvelle procédure est correcte et bien opérationnelle.
- **Concernant Cyclamed** : Qui décide de classer le dossier ou de maintenir un suivi.

> Le directeur de Cyclamed clôt et conserve la fiche ainsi complétée.