



L'engagement des professionnels du médicament :
pharmaciens d'officine, grossistes-répartiteurs, industriels pour
la récupération et la valorisation des Médicaments Non Utilisés.

TRIER, APPORTER, PRÉSERVER

FICHE D'ANOMALIE CYCLAMED

A transmettre à CYCLAMED : association@cyclamed.org

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)

**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"/>

**RETOUR D' ACTIONS ((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

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 OEUVRE

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'événement 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 courriel à : association@cyclamed.org

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.