

## 重要产品召回通知

### 地高辛测定试剂盒（干化学免疫速率法）可能因血红蛋白干扰产生负偏倚结果

请在收到召回通知后3日内，以电子邮件的形式返回填好的表格：

接收人： 查宝娟 电子邮箱： [bella.zha@quidelortho.com](mailto:bella.zha@quidelortho.com)

#### 请确认

本人已收到并知晓关于《地高辛测定试剂盒（干化学免疫速率法）可能因血红蛋白干扰产生负偏倚结果》的召回通知，并将按照通知的要求执行。



#### 第一部分：(QuidelOrtho 员工代表使用)

医院名称：

被通知人姓名：

科室/职务：

通知方式： 拜访  (请直接填写第二部分)； 电话 ； 传真 ； 邮件 ； 快递

\*员工代表签名/日期：

\*您的签字表示您客户已理解该召回通知的内容。

#### 第二部分：(医生使用)

医院名称：

被通知人姓名：

科室/职务：

\*签名/日期：

\*您的签字表示您客户已理解该召回通知的内容。

备注：