

### **ANNEXE 3**

**FORMULAIRE DE RAPPORT SUR L'INSPECTION VISUELLE EFFECTUEE SUR LES FLACONS**  
**D'HERCEPTIN 150 MG**  
**(VISUAL INSPECTION REPORTING FORM: HERCEPTIN 150 MG VIALS)**

Merci d'utiliser le formulaire suivant pour chaque lot contrôlé dans votre établissement, et renvoyer le formulaire complété au contact Roche France au numéro de fax suivant 01 46 40 52 66 avant le 24/11/2006  
(Please use the following reporting form for each batch that is inspected at your facility, and send the completed form to the local Roche France contact on the following fax number 01 46 40 52 66 before 24/11/2006))

Nom de l'établissement et du professionnel de santé (Name of health professional/facility)	
Date de l'inspection visuelle (Date of visual inspection)	
Numéro de lot (Batch number)	
Nombre de flacons contrôlés (Number of controlled vials)	
Nombre de flacons défectueux (A renvoyer à Roche France) (Number of individual vials with defects (to be sent to Roche))	
Commentaires (Comments)	
Tous les flacons ont été contrôlés (All vials have been checked)	
Signature (Signature)	