FICHE DE RECLAMATION

DATE		N° de la fiche	

RECLAMATION

REDACTEUR

Type de réclamation :

- ☐ Accueil
- ☐ Prélèvement
- ☐ Matériel de Prélèvement
- ☐ Dispositif médical de diagnostic in vitro (lecteurs de glycémie,…)
- ☐ Biologie délocalisée (Appareils à gazométrie,…)
- ☐ Sous traitance
- ☐ Autres

Description :

Nom : **Date :** **Visa :**

TRAITEMENT DE LA RECLAMATION

RESP TRAITEMENT

Traitement mis en place :

Efficacité du traitement mis en place ***(a-t-on répondu à la demande?)***

OUI ☐ NON ☐

Nom : **Date :** **Visa :**

SUIVI DU TRAITEMENT DE LA RECLAMATION

	Action d'amélioration à déclencher :		**Date et visa de clôture :**
	OUI ☐ NON ☐	*si oui N° de l'action*	