



LABM du Centre Hospitalier
Rue Albert Schweitzer
CS 10001
52115 Saint-Dizier
Tel : 03.25.56.85.15
accueil.laboratoire@ch-saintdizier.fr

LABM du Centre Hospitalier
1 boulevard de l'Argonne
55012 Bar-le-Duc
Tel : 03.29.45.88.13
laboratoire@pssm.fr

Madame, Monsieur,

Soucieux d'améliorer la satisfaction des personnes travaillant avec le laboratoire, nous traçons et analysons les réclamations reçues.

Vous avez la possibilité d'émettre une réclamation dès que cela semble nécessaire.

Pour ce faire vous pouvez transmettre la réclamation par oral ou par courrier au laboratoire. Elle sera enregistrée dans notre logiciel qualité et prise en charge par les personnes concernées. Vous trouverez ci-joint le formulaire à remplir.

Une réponse personnalisée vous sera apportée, laissez-nous vos coordonnées.

Merci de nous communiquer toutes les informations nécessaires concernant le problème rencontré (nom du patient, analyses, service, ...)

La Cellule Qualité
GCS de Biologie Médicale
Triangle et Der



Déclaration																																							
	Date de la déclaration : _____ Non-conformité : <input type="checkbox"/> Réclamation : <input type="checkbox"/> N° attribué : _____ <i>(Service qualité)</i>																																						
Rédacteur	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; background-color: #92d050;"><u>Non-conformité</u></th> <th style="width: 50%; background-color: #92d050;"><u>Réclamation</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Interne <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Externe <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Déclarant* : _____</td> <td>Déclarant* : _____</td> </tr> <tr> <td>Origine/Responsabilité** : _____</td> <td>Personne qui réclame : _____</td> </tr> <tr> <td>Secteur/Service concerné : _____</td> <td>N° dossier : Nom du patient : _____</td> </tr> <tr> <td>Paillasse/automate : _____</td> <td>Fournisseur : _____</td> </tr> <tr> <td>N° dossier : _____</td> <td>Service : _____</td> </tr> <tr> <td>N° lot : _____</td> <td>Autre : _____</td> </tr> <tr> <td>Fournisseur/Sous-traitant : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Déclaration de la Non-conformité : _____ Déclaration de la Réclamation : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Visa du déclarant : _____ </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #92d050;">Traitement</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> Traitement mis en place : _____ </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #92d050;">Efficacité</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> Problème maîtrisé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pour vous quelle est (sont) la ou les cause(s) éventuelle(s) : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Visa du responsable traitement _____ </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #92d050;">Suivi du traitement</th> </tr> <tr> <td> Action d'amélioration déclenchée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, N° fiche d'AA : _____ </td> <td> Visa et date de clôture _____ </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Non-conformité</u>	<u>Réclamation</u>	Interne <input type="checkbox"/>	Externe <input type="checkbox"/>	Déclarant* : _____	Déclarant* : _____	Origine/Responsabilité** : _____	Personne qui réclame : _____	Secteur/Service concerné : _____	N° dossier : Nom du patient : _____	Paillasse/automate : _____	Fournisseur : _____	N° dossier : _____	Service : _____	N° lot : _____	Autre : _____	Fournisseur/Sous-traitant : _____		Autre : _____		Déclaration de la Non-conformité : _____ Déclaration de la Réclamation : _____		Visa du déclarant : _____		Traitement		Traitement mis en place : _____		Efficacité		Problème maîtrisé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pour vous quelle est (sont) la ou les cause(s) éventuelle(s) : _____		Visa du responsable traitement _____		Suivi du traitement		Action d'amélioration déclenchée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, N° fiche d'AA : _____	Visa et date de clôture _____
	<u>Non-conformité</u>	<u>Réclamation</u>																																					
	Interne <input type="checkbox"/>	Externe <input type="checkbox"/>																																					
	Déclarant* : _____	Déclarant* : _____																																					
Origine/Responsabilité** : _____	Personne qui réclame : _____																																						
Secteur/Service concerné : _____	N° dossier : Nom du patient : _____																																						
Paillasse/automate : _____	Fournisseur : _____																																						
N° dossier : _____	Service : _____																																						
N° lot : _____	Autre : _____																																						
Fournisseur/Sous-traitant : _____																																							
Autre : _____																																							
Déclaration de la Non-conformité : _____ Déclaration de la Réclamation : _____																																							
Visa du déclarant : _____																																							
Traitement																																							
Traitement mis en place : _____																																							
Efficacité																																							
Problème maîtrisé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pour vous quelle est (sont) la ou les cause(s) éventuelle(s) : _____																																							
Visa du responsable traitement _____																																							
Suivi du traitement																																							
Action d'amélioration déclenchée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, N° fiche d'AA : _____	Visa et date de clôture _____																																						