



DATE			N° DE DOSSIER ou NOM DU PATIENT	
RECLAMATION				
R E D A C T E U R	Description :			
	Nom :	Date :	Visa :	
* Merci de transmettre cette fiche au responsable qualité ou à un biologiste pour enregistrement dans kalilab.				
TRAITEMENT DE LA RECLAMATION (mode dégradé sinon dans kalilab)				
R E S P T R A I T E M E N T	Traitement mis en place :			
	Efficacité du traitement mis en place (a-t-on répondu à la demande du patient ou du prescripteur ?) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
	Nom :	Date :	Visa :	
SUIVI DU TRAITEMENT DE LA RECLAMATION (mode dégradé sinon dans kalilab)				
	Action d'amélioration à déclencher :			Date et visa de clôture :
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	si oui N° de l'action :		