Laboratoire de Biologie Médicale Talmoudi Trab Emna	FORMULAIRE FICHE DE RECLAMATION	Référence	ENR-CQM-03-V02
		Date de mise en application	01/09/2014
		Nombre de pages	[1]

DATE		N° de la fiche (à remplir par le Responsable Qualité):	

RECLAMATION

REDACTEUR	**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 du patient ou du prescripteur ?)*** **OUI** D **NON** D **Nom** : **Date** : **Visa** :

SUIVI DU TRAITEMENT DE LA RECLAMATION

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