SCM RADIOLOGIE DE HAUTE PROVENCE

RADIOLOGIE	**FICHE DE RECLAMATION**

1 - A REMPLIR PAR L'EMETTEUR

IDENTITE DU PATIENT	**DATE /EXAMEN/LIEU**
Nom Prénom : …… : ……	Date : ……Examen: …… Lieu : ……
ADRESSE…… …… …… …… TEL : ……	

MOTIF DE LA RECLAMATION

……
……
……
……
……
……
……
……

REPONSE	**PROPOSITION D'AMELIORATION**
…… …… ……	…… …… ……

2 - QUALITE

Réclamation enregistrée au service qualité le :

Transmise pour réponse à :	
le :	

3 - DESTINATAIRE

REPONSE DU DESTINATAIRE

……
……
……
……

4 - QUALITE

GRAVITE	FREQUENCE	CONCLUSIONS
☐ Mineur	☐ Rare	……
☐ Significatif	☐ Ponctuellement	……
☐ Critique	☐ Souvent	……
☐ Catastrophique	☐ Toujours	……

- MERCI DE TRANSMETTRE CETTE FEUILLE AU SERVICE QUALITÉ -