

Responsable du service concerné

M..... Fonction :

Rappel du signalement



Sujet

Date : ___/___/___

Heure : ___h___

Lieu de l'évènement :

Circonstances et détails des faits :
.....
.....

Délai de mise en œuvre



Echéance

Date à laquelle l'action doit être mise en œuvre : ___/___/___

Personne mettant en œuvre l'action



Acteurs

- L'équipe soignante
- L'équipe infirmière
- L'équipe logistique
- L'équipe administrative

ou un agent en particulier (*préciser son nom et sa fonction*):

Action à mettre en œuvre immédiatement



Moyens utilisés

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Retour de cette fiche au responsable qualité par le responsable du service concerné par l'action.

Page 1/1

<p>Nom : Fonction : Visa :</p>	<p align="center">Rédacteur Audrey TINNES, Chargée Qualité</p>	<p align="center">Validation Sylvie LACOSTE, Directrice</p>	<p align="center">Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité</p>
--	---	--	---