|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **LABORATOIRE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE**  CHU Dijon Bourgogne  **FICHE DE RECLAMATION(S)** | | |
| **Date :** | | | | |
| **1** | **Coordonnées du réclamant** | | | |
| Nom | | | Fonction | |
| Prénom | | | Téléphone | |
| Service/Etablissement | | | E-mail | |
| Souhaite être informé des suites données  **OUI / NON** | | | □ par mail  □ par téléphone  □ par courrier | |
| ***RÉCLAMATION A TRANSMETTRE AUX RESPONSABLES QUALITE*** *PAR* ***FAX*** *AU (03 80 2) 95690 ou par* ***mail*** *à*  [qualite.polebiologie@chu-dijon.fr](mailto:qualite.polebiologie@chu-dijon.fr)  *Les dispositions de traitement des réclamations (*[*BMS 27605*](https://bkg.bluekango.com/chu_dijon_bourgogne/index.php?GED_Id_doc_unique=27605)*) sont disponibles dans le manuel de prélèvement ou sur demande .* | | | | |
| **2** | **Nature de la réclamation** | | | |
|  | | | | |
| **Cadres réservés au Laboratoire** | | | | |
| **3** | **Solution(s) apportée(s)** | | | |
| **ail** **de la réponse :** | | | | |
| Coordonnées de la personne ayant reçu la réclamation | | | | * Nom * Prénom * Fonction * Tel |
| Retranscription dans BlueKango | | | | * Par * le * n° enregistrement BK |
| Validation des actions et retour au réclamant par  (en cas de non retranscription dans BK) | | | | * Nom * Prénom * Fonction * Tel |