**Date :**

**Client (ES / LBM) :**

**Service :**

**Nom du déclarant :**

**Fonction :**

**Mail :**

**Téléphone :**

**Prestation :**  IHE (site :……….……….)  HLA-ILP  IHM  CD34 +  LBM

**Réclamation Client**

**Dossier patient (Nom et / ou N° demande EFS) :**

* Résultat non reçu
* Résultat demandé en urgence rendu au-delà des délais
* Erreur identité patient
* Erreur d’enregistrement d’examen
* Erreur résultat et/ou interprétation
* Autre

……………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**Suggestion d’amélioration**

……………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

Responsables LBM : [valentine.fihman@efs.sante.fr](mailto:valentine.fihman@efs.sante.fr) et [elodie.maenulein@efs.sante.fr](mailto:elodie.maenulein@efs.sante.fr)

|  |
| --- |
| **Cadre réservé au LBM EFS – IDF (à renvoyer au client)**  **Réclamation client :** Imputabilité au LBM EFS – IDF  NON Justification (à adresser au client) :  ………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………..  OUI Référence de la non-conformité (à adresser au client) : …………………………………........  Mesure prise immédiatement :  ………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………..  **Suggestion d’amélioration :**  Réponse du LBM EFS-IDF :  ………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………..  **Nom du responsable** **:** **Date :** |