**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 et 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 :** |