CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE-NOYON

Fiche d'Amélioration - Formations initiales et continues des Instituts de Formation

N3-1188 - V4
Date de dernière diffusion : 01/10/2024

Partie renseignée par le déclarant	
Nom (facultatif) :	Prénom (facultatif) :
Lieu : ☐ IFSI ☐ IFAS Site :…….. **Date** (*à laquelle l'incident a eu lieu) :* ……	Déclarant : ☐ Equipe institutionnelle ☐ Elève AS ☐ Etudiants en soins infirmiers ☐ Participants à la formation continue ☐ Intervenant
Description : _____ _____ _____ _____ _____	
Causes probables si connues : _____ _____	
Conséquences : _____ _____ _____ _____	
Action curative immédiate ☐ Non ☐ Oui, laquelle ? ……..	Personne(s) prévenue(s) : ☐ Non ☐ Oui, qui ? …….. ……..
Partie complétée par les Responsables Qualité (RQ)	
N° de la fiche :	Reçue le :
Réclamation ☐ Dysfonctionnement ☐ Non-conformité ☐	
Nom, visa du RQ et date de la saisie	Courrier de réponse envoyé ☐ Non ☐ Oui

Ce document est la propriété du Centre Hospitalier Compiègne-Noyon
La seule version en vigueur est celle disponible sur la GED