1.0 DÉCLARATION DE LA NON-CONFORMITÉ

À COMPLÉTER PAR LE LABORATOIRE QUI CONSTATE LA NON-CONFORMITÉ
Identification du centre
Nom du prescripteur :
Numéro de pratique :
Date de l'évènement :
Numéro de l'avis :
Déclarant :
Signature :

2.0 DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ :

- **RÉPÉTITION** : OUI ☐ / NON ☐ Commentaires :

- **REQUÊTE JOINTE** : OUI ☐ / NON ☐

3.0 ACTIONS(S) CORRECTIVE(S) PROPOSÉ(S) PAR LE LABORATOIRE

Transmission d'un avis à la direction des services professionnels

4.0 SIGNATURE DE LA COORDONNATRICE DES LABORATOIRES

DATE :

5.0 HISTORIQUE DE RÉVISION / SUIVI DES MODIFICATIONS / SIGNATURES

S/O