

N° fiche (ne pas remplir) :

Date de détection :

IDENTIFICATION

Nom de l'institution :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

Concerne (entourer) : Réclamation / Système / Documents / Équipements / Autre : _____

Gravité estimée (entourer) : 1 (faible) 2 3 4 5 (critique)

Description (Où, quoi, comment, pourquoi, à quelle fréquence) :

ACTION(S) CURATIVE(S) IMMÉDIATE(S)

Action(s) effectuée(s) ? Oui Non

Si oui, descriptif :

Réalisé par :

Le :

RECHERCHE DES CAUSES (5P) ET ÉTENDUE DE LA NON-CONFORMITÉ

TRAITEMENT PRÉCONISÉ

SUIVI DE L'EFFICACITÉ

| Action | Responsable | Résultat | Date |
|--------|-------------|----------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

À remplir par l'auteur

Suivi par le RSSI de la SP DEP NE