

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