

Complaint Intake Form / Formulaire de réception de plainte

Section 1: Informations sur le plaignant		
Date de l'incident: (jj MM aaaa)		
Déclaré par (nom/titre):		
Nom de l'organisation déclarante:		
Adresse:		
Numéro de téléphone:		
Courriel:		
Section 2: Informations sur le produit et la plainte		
Nom du produit:		
Numéro de lot:		
Code du produit:		
Date de péréemption: (jj MMM aaaa)		
Nombre d'unités:		
Échantillon/photo disponible?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'échantillon est-il retourné?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le produit était-il utilisé par un patient?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien de patients? _____	
Quand le problème a-t-il été observé?	<input type="checkbox"/> Réception <input type="checkbox"/> Stockage <input type="checkbox"/> Administration au patient	
Description du problème: (Fournir tous les détails disponibles)		
Informations rapportées par:	Nom: (en lettres moulées et signature)	Date : (jj MMM aaaa)
Section 3: Informations sur la plainte (à remplir par Fresenius Kabi Canada Hospital Compounding)		
Numéro gCMW/KabiTrack:		
Agent responsable de la plainte:	Nom: (en lettres moulées et signature)	Date : (jj MMM aaaa)