

Action corrective

Action préventive

Suggestion

→→→ Numéro : ACP - _____

ACP découlant d'un accident/incident : Oui

N° de l'accident : _____

Partie 1 - Identification du problème (Décrire le problème et/ou joindre une copie du registre de non-conformité)

Numéro de la NCM (si applicable) : _____

Secteur concerné : _____

Paraphe : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

→→→ Transmettre ce registre à la personne identifiée pour étudier la demande d'ACP

Partie 2 - Étude du problème (Joindre au registre tout document afférent et l'identifier avec le numéro d'ACP)

Cause(s) :

ACP proposée ou justification si aucune action n'est entreprise :

Échéancier ou date pour l'implantation de l'ACP : _____

Paraphe : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

→→→ Transmettre ce registre au secteur Gestion de la qualité (dans un délai ≈ 30 jours)

Partie 3 - Secteur Gestion de la qualité : suivi de l'ACP

Date de réception : _____

ACP proposée : Acceptée
 Refusée

Commentaires :

Paraphe : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Partie 4 - Secteur Gestion de la qualité : mise en application et efficacité des mesures prises

Mise en application : Situation conforme
 Situation partiellement conforme
 Situation non conforme

Efficacité : Oui
 Non
 Non applicable

Suggestion : Retenue
 Non retenue

Retour d'informations :

ISO 15189 4.14.4

Commentaires :

Paraphe : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Partie 5 - Autres intervenants (si requis)

<input type="checkbox"/> Responsable en biosécurité	Paraphe : _____	Date : _____
<input type="checkbox"/> Responsable en sécurité chimique	Paraphe : _____	Date : _____
<input type="checkbox"/> Responsable en NC3	Paraphe : _____	Date : _____
<input type="checkbox"/> Responsable en MU	Paraphe : _____	Date : _____
<input type="checkbox"/> Direction	Paraphe : _____	Date : _____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	Paraphe : _____	Date : _____