



CODE :	EN-AA0259	VERSION :	1	Page 1 sur 1
STATUT DU DOCUMENT :	Approuvé	DATE APPLICATION :	26/02/2024	

## Formulaire de déclaration d'un évènement indésirable ou d'une réclamation

Date de la déclaration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### INFORMATION VOUS CONCERNANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pièces jointes à la déclaration :  OUI  NON

### INFORMATION SUR L'ÉVÈNEMENT

Date de l'évènement : \_\_\_\_\_  
Lieu de l'évènement : \_\_\_\_\_  
Personne(s) concernée(s) par l'évènement (nom, prénom, date de naissance) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DESCRIPTION DES FAITS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

✂



### Accusé réception

Date de réception : \_\_\_\_\_ Référence de suivi : \_\_\_\_\_

Votre déclaration a bien été prise en compte et vos remarques seront analysées.  
Une réponse vous sera apportée dans les meilleurs délais.

Nous vous prions d'agréer, Madame/Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

*La Direction Usagers, Qualité et Gestion des Risques du Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres*