INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN	MANAGER PAR LA QUALITE	Code : PCS/DIG.03 Date : 03/06/2016 Version : 07	afaq ISO 9001 Qualité AFNOR CERTIFICATION
	FICHE DE PLAINTES ET RECLAMATIONS	**N°:**	

Date : …….. Heures :……..

I – IDENTIFICATION :

Sexe : F ☐ M ☐ **Age** :……..ans **Profession** :……

Etes vous : ☐ Un patient ☐ un parent de patient ☐ un visiteur ☐ Autre à préciser ……

Si vous faites une réclamation, remplissez directement le détail de la réclamation.

II– FORMULATION DE LA PLAINTE:

- Avez-vous un RDV ? NON ☐ OUI☐
- Votre plainte porte-t-elle sur : Un service ☐ Un agent de l'ICA ☐

Lequel ?.....(Nom ou fonction de la personne si possible)…….

- Préciser la plainte : (cochez la ou les cases correspondantes) :

Plainte concernant un agent ou un service de l'ICA :

☐ Ecart de langage ☐ Long temps d'attente ☐ Dispute
☐ Geste déplacé ☐ Racket ou tentative de racket ☐ Mauvais accueil
☐ Fausses informations ☐ Document égaré ☐ Acte non effectué

Autre à préciser……..

DETAILS DE LA PLAINTE OU DE LA RECLAMATION	SUGGESTION OU ACTION DEMANDEE :

Ecrire au verso en cas de besoin *Nom du plaignant (facultatif)* *Adresse /Tel / Email :*

RESERVE A L'ICA POUR TRAITEMENT DE LA PLAINTE PAR LE PILOTE DU PROCESSUS

☐ *Plainte fondée*	☐ *Plainte non fondée*
Traitement :	*Motifs:*

RESERVE A L'ICA POUR LE TRAITEMENT DE LA PLAINTE PAR LE DG, le DMS, le DAF

CLASSIFICATION (RQ)	*SUIVI DES ACTIONS MISES EN ŒUVRE (RQ)*
☐ *Obs.* ☐ *Rem.* ☐ *Non C.* *Commentaires :…* …… ……	

VEUILLEZ DEPOSER CETTE FICHE AU Service de Communication et des Relations Publiques

Délai de transmission au SCRP* : UNE SEMAINE MAXIMUM

BP V 206 ABIDJAN / TEL : (225) 21 21 61 71 / FAX : (225) 21 25 92 10 / E-mail : infos@ica.ci