Rapport de rétroaction de terrain

Rapporté par : _______________________________________________ Agence/Compagnie :

Date : ________________________ Heure : ______________________ R.I.P. #: ___________ Véhicule(s) : _______

Répartiteurs : ________________________________________________ et ________________________________________________

Équipe d’intervention : ________________________________________ et ________________________________________

Problème rencontré :
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________

En référence au Protocole : _______________________________________________________ # : ____________

En référence à la procédure opérationnelle : __________________________________________ # : ____________

Pour l’UAQ seulement

Reçu à l’Unité d’Assurance de la Qualité (date) : _______________________ Par : _________________________

Résultat de l’investigation :
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________

Révision de cas complétée (date) : ___________ Conformité (%) : _______ Code d’intervention adéquat : _______

Rapporté à : ________________________________________________ à : _________________________

Signature du RU-Q : _________________________________________ Date : _________________________