



Laboratoire de Biologie Médicale Multi-Sites du CHU de Lyon - LBMMS -
Direction des Plateaux Médico - Techniques
Bât A, 162 avenue Lacassagne 69003 Lyon
Téléphone : 04 72 11 53 12 / 54 10

FICHE DE DECLARATION D'UN EVENEMENT INDESIRABLE - RECLAMATION

A envoyer par mail à l'adresse relationclient.lbmms@chu-lyon.fr

PARTIE RESERVEE AU DECLARANT

Date de la rédaction de la fiche :

INFORMATION CONCERNANT LE SIGNALANT :

Etablissement / Service :

Nom / prénom et fonction :

Téléphone :

Mail :

Pièces jointes à la déclaration (facultatives) : OUI NON

INFORMATIONS GENERALES SUR L'EVENEMENT

Date et heure de l'évènement :

L'évènement concerne un patient : OUI NON

Nom / Prénom et Date de Naissance du patient :
(Obligatoire si l'évènement concerne un patient)

Examen concerné :

N° dossier HCL :

DESCRIPTION DES FAITS

Description des faits et mesures prises immédiatement :
(Merci de bien vouloir détailler la nature de l'évènement, comment vous vous en êtes aperçu.....)

Notre laboratoire réalisateur en a-t-il été informé ? OUI NON

Si oui, merci de bien vouloir préciser votre contact et la réponse qui vous a été donnée :



Laboratoire de Biologie Médicale Multi-Sites du CHU de Lyon - LBMMS -
Direction des Plateaux Médico - Techniques
Bât A, 162 avenue Lacassagne 69003 Lyon
Téléphone : 04 72 11 53 12 / 54 10

FICHE DE DECLARATION D'UN EVENEMENT INDESIRABLE - RECLAMATION

A envoyer par mail à l'adresse relationclient.lbmms@chu-lyon.fr

PARTIE RESERVEE AU LBMMS

REPONSE SERVICE RELATION CLIENT :

Date de réception de la réclamation :

Numéro suivi (référence Kalilab) :

Réponse donnée :