

Fiche de réclamation Service de Cytologie Gynécologique

1. Identité du plaignant (cocher la case correspondante)

Patient Tiers (famille, représentant légal, autre) Prescripteur

Nom : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

2. Informations sur l'examen concerné

Nom du patient (si différent du point 1) : _____

Date du prélèvement : ____ / ____ / ____

Type d'examen(s) : frottis cytologique Test de biologie moléculaire

Numéro de dossier (si connu) / identifiant patient: _____

3. Motif de la demande

Incohérence perçue dans les résultats

Demande de second avis

Réclamation concernant le délai

Votre message: _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature/Cachet : _____

4. Partie réservée au laboratoire

Reçu par : _____ Date : ____ / ____ / ____

Mode de réception : Téléphone E-mail Courrier

Suite donnée :

Revue de la validation biologique

Réponse transmise pour 2^{ème} avis

Concernant le délai

Réponse : _____

Mode de réponse au plaignant : Téléphone E-mail Courrier

Non-conformité : Oui Non Numéro de la NC : -----

Date de clôture : ____ / ____ / ____

5. Le responsable de service

Date : ____ / ____ / ____

Signature : _____

Pour toutes autres problématiques non mentionnées dans ce document, il vous est également possible de nous joindre directement.

Email : cytologie@lns.etat.lu

Téléphone : +352/28-100-451