

IFSI/IFAS/IFAP SOISSONS – CHÂTEAU THIERRY

Centre Hospitalier – 46 avenue du Général de Gaulle
02209 SOISSONS Cedex
Téléphone : 03.23.75.72.99

FORMULAIRE DE RECLAMATION

Le formulaire de réclamation est un outil d'axe d'amélioration qui rentre dans notre démarche qualité.

Définition :

La réclamation est une plainte, une doléance formulée contre une structure ou simplement un état de fait, pour protester, signaler une malfaçon.

Intérêt de la réclamation :

- Avoir la connaissance de la situation rencontrée par les apprenants, les intervenants extérieurs, les financeurs.
- Corriger les défaillances et éviter la récurrence.
- Sensibiliser les personnes
- Anticiper les désagréments potentiels

Déclaration :

- En téléchargeant la fiche de réclamation sur le site internet de l'IFSI/IFAS/IFAP de Soissons www.ifs-soissons.fr.
- En remplissant la fiche : être objectif, concis, factuel, sans jugement de valeur
- En la renvoyant à secretariat.ifs@ch-soissons.fr (responsable qualité), une fiche incomplète ne sera pas traitée.

Réception et traitement de la réclamation :

Dès réception de la réclamation, un référent qualité envoie un accusé de réception sous les 72 heures de la prise de connaissance de celle-ci.

A minima, 15 jours après l'envoi de l'accusé de réception après concertation avec le Directeur de l'IFSI/IFAS/IFAP, la réclamation sera traitée avec propositions d'actions. (Ce délai tiendra compte du degré de gravité de la réclamation). Les réclamations seront traitées par ordre de priorité.

Le réclamant recevra l'action mise en place et la date de mise en application.

La réclamation, une fois les actions soldées et efficaces sera clôturée.

Un registre annuel des réclamations est tenu.

L'analyse des réclamations, de leur impact, des traitements sera réalisée en réunion qualité et présentée à l'ICOGL, une fois par an.

IFSI/IFAS/IFAP SOISSONS – CHÂTEAU THIERRY

Centre Hospitalier – 46 avenue du Général de Gaulle

02209 SOISSONS Cedex

Téléphone : 03.23.75.72.99

Ce document est à envoyer à l'adresse suivante : secretariat.ifs@ch-soissons.fr

Tous les champs doivent être dûment remplis

Nom :

Prénom :

Formation concernée : Infirmier Aide-Soignant

Apprenants : EAS EAP ESI L1 ESI L2 ESI L3

Intervenant

Employeur Nom du stagiaire :

Financier Nom du stagiaire :

Coordonnées mail :

Objet de la réclamation :

Date :

(Expliquer le plus clairement possible et le plus précisément le sujet de votre insatisfaction/observation).

A remplir par l'institution :

Accusé de réception de la demande :

Date :

Envoi de la réponse suite à la réclamation

Date :

Clôture de la réclamation

Date :