


| | | |
|--|---|--|
|  <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> | <p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>GESTIONE NON CONFORMITA' LABORATORIO ANALISI</p> <p>MOD02/DIPS/PATC/PG003</p> | <p>v. 0.0</p> <p>10/02/2022</p> <p>Pagina 1 di 1</p> |
|--|---|--|

| UOC Patologia Clinica | |
|--|------------|
| Reparto: | Data e ora |
| <p>Tipo Rilievo:</p> <p><input type="checkbox"/> TAMPONE COVID <input type="checkbox"/> PRELIEVO EMATICO <input type="checkbox"/> PRELIEVO MICROBIOLOGICO</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE)</p> | |
| 1) DESCRIZIONE DEL RILIEVO (NON CONFORMITA') | |
| <p><input type="checkbox"/> Richiesta cartacea</p> <p><input type="checkbox"/> Richiesta incompleta specificare _____</p> <p><input type="checkbox"/> Campione non idoneo: o Prelievo insufficiente o Prelievo emolizzato/coagulato o Prelievo non pervenuto o altro</p> <p><input type="checkbox"/> Provette non idonee per l'esame richiesto</p> <p><input type="checkbox"/> Invio in laboratorio in orari diversi da quelli prestabiliti</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>_____</p> | |
| NOTE | |
| | |
| 2) TRATTAMENTO DELLA NON CONFORMITA' | |
| | |
| | |
| | |
| 3) IDENTIFICAZIONE DELLA CAUSA | |
| | |
| | |
| 4) AZIONE CORRETTIVA | |
| | |
| | |
| Firma per esteso di chi rileva la non conformità: | |

Firma del Dirigente: