



Annexe 3 Demande de mesures correctives (DMC)

A – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT :

N° DE DMC : _____

| | |
|-------------------------------------|---|
| Nom et adresse de l'établissement : | Nom et coordonnées de la personne-ressource : |
| | |

B – DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ ET OBSERVATIONS CONNEXES :

| | |
|--|---|
| Date : | Type de non-conformité : <input type="checkbox"/> Critique <input type="checkbox"/> Majeure <input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Autre: _____ |
| Description : _____ _____ _____ | |
| Nom de l'auditeur en caractères d'imprimerie et signature : | Date : |

C – DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES :

| | |
|--|--|
| _____ _____ _____ _____ | |
| Date limite d'exécution des mesures correctives : _____ | Représentant de l'établissement : Signature et date : |
| <i>Approbation de la partie C :</i> | |
| Nom de l'auditeur en caractères d'imprimerie et signature : | Date : |

PARTIE D – VÉRIFICATION DES MESURES CORRECTIVES :

| | |
|--|--------|
| Vérification des mesures correctives <input type="checkbox"/> Acceptable <input type="checkbox"/> Non acceptable | |
| Résultats de la visite de suivi/Autres commentaires : _____ _____ _____ | |
| Fermeture de la DMC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Nom de l'auditeur en caractères d'imprimerie et signature : | Date : |