|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Meldingscode 1) | : | **IKA-yyxxx** |
| **Opsteller / melder** | Datum | : |  |
| Naam opsteller / contactpersoon | : |
| Divisie / afdeling / bedrijfsnaam | : dLAB / afdeling Genetica / sectie Metabole diagnostiek |
| Telefoon- / piepernummer  | : |
| e-mail adres | : |
| **Soort melding** (maak een keuze) |
|  |  | (intern / extern 2) |  |  | (………..) |
| NCA /NCB 1,2 |  | Normelement1: …… |  |  |  |
| **Omschrijving / bevinding / direct genomen maatregel 3)** | **Suggesties** |
|  |  |
|  |
| **Oorzaak** |
|  |
| **Omvang** |
|  |
| **Oplossing** (corrigerende / preventieve maatregel) |
|  |
| Bijlagen:  |
|  |
| **Verantwoordelijke voor uitvoering** 1) | **Ontvangst datum** | **Deadline uitvoering** | **Uitvoerings-datum** | **Paraaf** |
| 1. Naam :  |  |  |  |  |
|  Functie :  |
| 2. Naam :  |  |  |  |  |
|  Functie :  |
| 3. Naam :  |  |  |  |  |
|  Functie :  |
|  |
| **Operationaliteit** (controle door kwaliteitsfunctionaris) |
|  |
| Effectiviteitscontrole op later tijdstip gewenst:  |  |  |  |
|  |
| **Opgelost / Verbeterd** 1) | **Datum / paraaf** **Kwaliteitsfunctionaris** | **Datum / paraaf** **Afsluiter** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. In te vullen door de kwaliteitsfunctionaris. Melding zenden naar : kwaliteit-amz@umcutrecht.nl
2. Doorstrepen indien niet van toepassing.
3. Indien noodzakelijk en genomen.