

|                                                          |                                                   |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| شماره سند: F- 04-02/04<br>تاریخ آخرین ویرایش: 1397/12/20 | <b>فرم درخواست اقدامات<br/>اصلاحی و پیشگیرانه</b> | <br>نوین معیار آزماي آپادانا |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| درخواست کننده واحد:                                                                                                                             |                                                                  | تاریخ درخواست :          |                                                         | شماره اقدام :            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
| نوع اقدام : <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/> اقدام اصلاحی <input type="checkbox"/> اقدام پیشگیرانه                       |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | اجرا و بررسی اهداف تاریخ -----                                   | <input type="checkbox"/> | عدم انطباق حاصل از عدم رضایت مشتری                      | <input type="checkbox"/> |            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | عدم انطباق حاصل از نتایج ممیزی داخلی تاریخ ----                  | <input type="checkbox"/> | عدم تحقق آموزش های برنامه ریزی شده سال -----            | <input type="checkbox"/> |            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | عدم انطباق حاصل از نتایج ممیزی های خارجی تاریخ ----              | <input type="checkbox"/> | عدم انطباق حاصل از بازرسی با تجهیزات معیوب پرونده ----- | <input type="checkbox"/> |            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | عدم اثر بخشی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه شماره ---- ناشی از ----- | <input type="checkbox"/> | عدم انطباق حاصل از پایش بازرسان سال -----               | <input type="checkbox"/> |            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | بروندادهای جلسه بازنگری مدیریت تاریخ -----                       | <input type="checkbox"/> | عدم انطباق حاصل از شناسایی مخاطرات بی طرفی              | <input type="checkbox"/> |            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | عدم انطباق حاصل از شکایت /درخواست رسیدگی مجدد پرونده -----       | <input type="checkbox"/> | سایر موارد                                              | <input type="checkbox"/> |            |
| شرح عدم انطباق:                                                                                                                                 |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
|                                                                                                                                                 |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| تعیین علل ریشه ای :                                                                                                                             |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
|                                                                                                                                                 |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| نام و امضاء درخواست کننده :                                                                                                                     |                                                                  |                          | نام و امضاء مدیر مربوطه :                               |                          |            |
| تاریخ :                                                                                                                                         |                                                                  |                          | تاریخ :                                                 |                          |            |
| نظر مدیر تضمین کیفیت : <input type="checkbox"/> موافقت می شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود                                           |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| ردیف                                                                                                                                            | شرح اصلاحات صورت پذیرفته                                         |                          |                                                         |                          | مهلت اقدام |
|                                                                                                                                                 |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| نام و امضاء مدیر واحد مربوطه:                                                                                                                   |                                                                  |                          | نام و امضاء مدیر تضمین کیفیت:                           |                          |            |
| تاریخ:                                                                                                                                          |                                                                  |                          | تاریخ:                                                  |                          |            |
| نیاز به طرح اقدام اصلاحی :                                                                                                                      |                                                                  |                          | نام و امضاء مدیر واحد مربوطه:                           |                          |            |
| <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد                                                                                    |                                                                  |                          | تاریخ:                                                  |                          |            |
| ردیف                                                                                                                                            | شرح اقدام (اقدامات) اصلاحی / پیشگیرانه                           |                          |                                                         |                          | مهلت اقدام |
|                                                                                                                                                 |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| نام و امضاء مدیر تضمین کیفیت:                                                                                                                   |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| تاریخ:                                                                                                                                          |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| بررسی اصلاح / اقدامات اصلاحی / اقدامات پیشگیرانه انجام شده :                                                                                    |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| اجرا مطابق برنامه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> اجرا با تأخیر و تمدید زمان تا تاریخ <input type="checkbox"/> مسئول پیگیری : |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| نام و امضاء مدیر تضمین کیفیت :                                                                                                                  |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| تاریخ :                                                                                                                                         |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| بازنگری اثربخشی اقدام انجام شده:                                                                                                                |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| اقدام (ها) اثر بخش می باشد <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> اقدام (ها) اثر بخش نمی باشد                                        |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| دلیل (ها) :                                                                                                                                     |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| شماره فرم اقدام اصلاحی یا پیشگیرانه جدید در صورت غیر اثر بخش بودن :-----                                                                        |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |
| نام و امضاء مدیر تضمین کیفیت :<br>تاریخ :                                                                                                       |                                                                  |                          |                                                         |                          |            |