



Identification du demandeur	
Nom du demandeur ou personne-ressource et titre (s'il y a lieu) :	Date de la demande (AAAA-MM-JJ) :
Coordonnées du demandeur (adresse, courriel) :	
Identification de la fourniture essentielle	
Nom de la fourniture essentielle :	Code du produit (lot, série, identifiant) :
Nom du fournisseur : <input type="checkbox"/> Distributeur <input type="checkbox"/> Manufacturier	
Nom de la personne-ressource et titre (s'il y a lieu) :	
Coordonnées du fournisseur (adresse, courriel) : <input type="checkbox"/> S/O (déjà au dossier du matériel)	
Particularités / Spécifications de la fourniture essentielle	
Entreposage, conservation :	Date de péremption (AAAA-MM-JJ) :
Instructions / spécifications / particularités du fabricant :	
Preuves documentées jointes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE LA DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE LA CONFORMITÉ, DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE		
<input type="checkbox"/>	Le formulaire ASQ-FOR-006 <i>Audit du fournisseur</i> est dûment complété.	
<input type="checkbox"/>	Je confirme que la fourniture essentielle répond au besoin, aux exigences relatives et à l'usage prévu.	
<input type="checkbox"/>	Le guide ASQ-GUI-001 <i>Liste de fournitures essentielles approuvées et établissements qualifiés</i> a été mis à jour.	
<input type="checkbox"/>	Le formulaire ASQ-FOR-007 <i>Liste de fournitures essentielles approuvées (pour SOP)</i> a été mis à jour.	
<input type="checkbox"/>	Les établissements de santé et de services sociaux qualifiés ont été avisés.	
Acquisition approuvée par :	<input type="text"/> (nom en lettres moulées)	<input type="text"/> (signature du responsable)
		Date : <input type="text"/> AAAA-MM-JJ
Avis au service requérant par :	<input type="text"/> (nom en lettres moulées)	<input type="text"/> (signature du responsable)
		Date : <input type="text"/> AAAA-MM-JJ