**Informations sur le patient**

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… Date de naissance…/…/…

N°de sécurité sociale…………………………………………………………………….

Médecin traitant………………………………………………………………………………………………………………….

Enquête de satisfaction médecin

**Professionnel ayant réalisé la prise en charge**

Infirmier Pharmacien

Nom…………………………………………. Prénom……………………………………

N° RPPS…………………………………….

Date et heure de la prise en charge……………………………………………………………………………………

A la lecture des compte-rendu de prise en charge dans le cadre de ce protocole :

# La démarche vous parait-elle sécurisée ?

Oui

Non

# Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin pour évaluer la prise en charge ?

Oui

Non

# Avez-vous des remarques ?

Informations de traçabilité du document

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure pluriprofessionnelle** |  |
| **Date de rédaction initiale** | 30/08/2021 |
| **Dernière date de révision** | 30/08/2021 |
| **N° de version actuel** | 1 |
| **Nombre de pages** | 1 |
| **Date de validation** | 30/08/2021 |
| **Référence du document** | PR. 01.5 – Enquête de satisfaction médecin |
| **Rédigé par** | Gaillard Thibault |
| **Accepté par** |  |

# Historique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° de version** | **Date de modification** | **Modifications apportée** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |