

Professionnel ayant réalisé la prise en charge

Infirmier Pharmacien

Nom..... Prénom.....

N° RPPS.....

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

Informations sur le patient

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

N° de sécurité sociale.....

Médecin traitant.....

Vous êtes...

- Pharmacien d'officine
 Infirmier diplômé d'Etat

Lors de la prise en charge dans le cadre de ce protocole :

Vous êtes-vous senti en sécurité?

- Oui
 Non

Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin?

- Oui
 Non

Avez-vous des remarques?

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. 01.3 – Enquête de satisfaction pharmacien – IDE
Rédigé par	Gaillard Thibault
Accepté par	

Historique

N° de version	Date de modification	Modifications apportée