

### 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

- Le patient
- Un parent du patient (si le patient a moins de 18 ans)

### Vous avez consulté...

- Un pharmacien d'officine
- Un infirmier diplômé d'Etat

### Etes-vous satisfait de la prise en charge ?

- Oui
- Non

### Vous êtes-vous senti en sécurité ?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

### Avez-vous des remarques ?

<b>Nom de la structure pluriprofessionnelle</b>	
<b>Date de rédaction initiale</b>	30/08/2021
<b>Dernière date de révision</b>	30/08/2021
<b>N° de version actuel</b>	1
<b>Nombre de pages</b>	1
<b>Date de validation</b>	30/08/2021
<b>Référence du document</b>	PR. 01.4 – Enquête de satisfaction patient
<b>Rédigé par</b>	Gaillard Thibault
<b>Accepté par</b>	

### Historique

<b>N° de version</b>	<b>Date de modification</b>	<b>Modifications apportée</b>