

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 ?

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. 01.4 – Enquête de satisfaction patient
Rédigé par	Gaillard Thibault
Accepté par	

Historique

N° de version	Date de modification	Modifications apportée