

### 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.....

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

La démarche vous paraît-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?

<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. 01.5 – Enquête de satisfaction médecin
<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>