



Dans le cadre de notre démarche qualité, nous avons besoin de

vos critiques :



1 = insatisfait

2 = peu satisfait

mais aussi de

vos encouragements :



3 = satisfait

4 = très satisfait

Merci de remplir ce questionnaire en *cochant les cases correspondantes* et de le retourner à Madame XXX, Secrétaire Médicale, avant le 15 octobre.

L'équipe de la Pharmacie DMS (secrétariat, stérilisation et magasin usage unique).

Nom de l'UF :

Quel est votre niveau de satisfaction vis à vis de :

La qualité des dispositifs :

en STERILISATION : 1 2 3 4

en USAGE UNIQUE : 1 2 3 4

L'adaptation à l'acte de soin :

en STERILISATION : 1 2 3 4

en USAGE UNIQUE : 1 2 3 4

Le délai d'obtention - des dispositifs en stock (fiche de demande) :

en STERILISATION : 1 2 3 4

en USAGE UNIQUE : 1 2 3 4

- des dispositifs hors stock (bon de demande et de dépôt) :

en STERILISATION : 1 2 3 4

en USAGE UNIQUE : 1 2 3 4

La disponibilité du service et le suivi des contrats :

en STERILISATION : 1 2 3 4

en USAGE UNIQUE : 1 2 3 4

La réponse à vos questions :

en STERILISATION : 1 2 3 4

en USAGE UNIQUE : 1 2 3 4

L'information fournie par :

le Livret de plateaux de soins ou les contrats blocs : 1 2 3 4 Ne connaît pas

le Livret de l'Usage Unique : 1 2 3 4 Ne connaît pas

la Lettre d'information Pharmacie DMS : 1 2 3 4 Ne connaît pas

les Fiches d'avertissement : 1 2 3 4 Ne connaît pas

Commentaires :