

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Merci de bien vouloir retourner ce questionnaire avant le ..... 2007 à l'adresse suivante :



DRASS Pays de la Loire  
Inspection Régionale de la Pharmacie  
M.A.N. - Rue René Viviani  
44262 NANTES Cedex 2

L'exploitation de vos réponses nous permettra d'évaluer l'apport de ce type d'information sur un point particulier de l'activité des officines.

## « Dispensation des anticoagulants oraux en officine »

1/ Vous êtes :

Pharmacien

Autre (préciser)  .....

2/ Le contenu de ce document vous apporte-il des informations suffisamment claires et précises ?

OUI  NON

Suggestions :

.....  
.....

3/ La présentation de ce document est-elle lisible et adaptée ?

OUI  NON

Suggestions :

.....  
.....

4/ Pensez-vous engager des actions correctives dans votre officine suite à la réception de ce document ?

OUI  NON  NON CONCERNE

Si oui, préciser :

.....  
.....