

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Merci de bien vouloir retourner ce questionnaire avant le 2008 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.

"Médicaments et grossesse Informatique à l'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 :

.....