

Enquête de Satisfaction : Pharmacie du CH JURY

Mesure de satisfaction des unités de soins envers les services offerts par la Pharmacie du CH JURY

Une application de la norme ISO 9001

Unité de soins :

Date :

Nom du Cadre de santé :

La Pharmacie du CH JURY vous remercie de votre collaboration, qui permettra une amélioration progressive de ses services, dans le but de mieux vous servir.

L'enquête de satisfaction s'articule en deux parties : Répondre au FOR 59 suivi du questionnaire.

Satisfaction des utilisateurs

Service :

Dénomination de la prestation :

Date :

Satisfaction ou non satisfaction :

Cette prestation est



TRES MAUVAIS



TRES
BON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 METTRE UNE CROIX SUR L'ECHELLE

Nous en sommes

satisfaits

non satisfaits

Satisfaits ou non satisfaits, nous avons les remarques suivantes à formuler :

Nous en profitons pour faire les remarques suivantes concernant les autres activités de la pharmacie :

Date

Nom et fonction de la personne ayant rempli ce formulaire

1. Satisfaction générale et accueil :

D'une manière générale, les services offerts par la PUI vous donnent-ils satisfaction ?	☹☹	☹	☺	☺☺	☺☺☺
La qualité de l' accueil téléphonique est-elle satisfaisante ? (convivialité, amabilité)	☹☹	☹	☺	☺☺	☺☺☺
Etes vous satisfait de la qualité des réponses apportées en terme de : précision, rapidité, applicabilité, utilité des réponses ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, préciser				
Durant les heures de fermeture de la PUI, l'armoire de médicaments du BSI vous convient-elle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, préciser				

2. Communication externe :

Sur le portail intranet comment trouvez-vous l'onglet pharmacie ?	☹☹	☹	☺	☺☺	☺☺☺
Est-il facile d'accès ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		
Les documents mis à votre disposition vous aident-ils dans votre pratique ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		
La lecture des documents est-elle compréhensible ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		
A quelle fréquence consultez vous notre site ?	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Ponctuellement <input type="checkbox"/> Jamais				
Dans quels domaines le développement de nouveaux documents vous serait-il utile ?				

3. Approvisionnement et Médicaments pour la Dispensation Globalisée :

<p>La livraison des médicaments, a jour fixe, facilite-t-elle votre organisation dans l'unité ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, préciser</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Les jours et les horaires de livraison correspondent-ils à vos besoins ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Maitrisez-vous la procédure pour la gestion des stupéfiants ?</p>	<p>☹☹ ☹ ☺ ☺☺</p>
<p>Si non</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4. Les axes d'améliorations travaillés depuis l'enquête de 2008 :

<p>Les dotations des services de soins ont été réactualisées .Sont elles satisfaisantes ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Avez vous encore des ruptures de stock ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Si Oui préciser <input type="checkbox"/> Non</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>La pharmacie pratique un inventaire tous les ans avec remise a jour de l'armoire à pharmacie cela vous convient –il ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>si non développe</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

5. Points forts et points à améliorer :

Merci de donner votre point de vue avec :

➤ **Trois points forts de la PUI :**

➤ **Trois points susceptibles d'une amélioration :**

Des commentaires peuvent être joints au présent questionnaire concernant les autres activités de la pharmacie.

Formulaire rempli à renvoyer avant le

