

REGIONE ABRUZZO ASL PESCARA Ospedale "Spirito Santo" Dip. di Medicina Trasfusionale	<b>CENTRO REGIONALE DI COORDINAMENTO E COMPENSAZIONE</b>	PGQ 821-1-10 Rev. 00
	<b>Questionario Soddisfazione Servizi Farmaceutici Regione Abruzzo</b>	24/01/05  Pag. 1 di 1

Al Direttore del Servizio Farmaceutico del PO di \_\_\_\_\_

Gentile collega,  
il presente questionario ha lo scopo di raccogliere Suoi giudizi e osservazioni sul servizio erogato.

<b>VOSTRA VALUTAZIONE SUL SERVIZIO</b>						
<b>1= SCARSO/A ..... 5= OTTIMO/A</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Struttura/Orga	Come giudica l'organizzazione del CRCC, in rapporto all'attività di plasmapiroduzione?					
	Come giudica le modalità operative/organizzative adottate dal CRCC rispetto allo svolgimento di distribuzione plasmaderivati (programmata e su richiesta)?					
Servizio	Come valuta l'attività di reporting in reazione alla plasmapiroduzione?					
	Come giudica le informazioni contenute nella circolare informativa sulle modalità di richiesta del servizio?					
	Come giudica le informazioni fornite dal personale sulle modalità di svolgimento del servizio?					
	Come giudica i tempi di attesa nella distribuzione dei plasmaderivati?					
	Come giudica il servizio offerto dalla Ditta Kedrion nella consegna dei prodotti?					
Personale	Come giudica la disponibilità e la cortesia del personale operativo del CRCC?					
	Come valuta la competenza del personale operativo del CRCC nel fornire le informazioni richieste?					
Qual'è la sua valutazione complessiva del CRCC?						
E' a conoscenza della possibilità di presentare segnalazioni o proposte sul funzionamento del servizio?		Sì <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		

Vuole segnalare proposte, problemi o altro, al fine di migliorare il servizio offerto?

---



---



---



---

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_