

REGIONE ABRUZZO ASL PESCARA Ospedale "Spirito Santo" Dip. di Medicina Trasfusionale	CENTRO REGIONALE DI COORDINAMENTO E COMPENSAZIONE (CRCC)	PGQ 821-1-11 Rev. 00
	Questionario Soddisfazione CRAT Veneto	24/01/05 Pag. 1 di 1

Spett. CRAT Regione Veneto

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere Suoi giudizi e osservazioni sul servizio erogato.

VOSTRA VALUTAZIONE SUL SERVIZIO						
	1= SCARSO/A 5= OTTIMO/A	1	2	3	4	5
Struttura/Orga	Come giudica in generale l'organizzazione del CRCC Abruzzo, in rapporto all'attività di coordinamento della plasmaproduzione?					
	Come giudica le modalità operative/organizzative adottate dal CRCC rispetto allo svolgimento di distribuzione plasmaderivati?					
Servizio	Come giudica la modulistica in uso per le comunicazioni tra CRCC Abruzzo e CRAT?					
	Come giudica le informazioni fornite dal personale sulle modalità di svolgimento del servizio?					
	Come giudica la collaborazione nel fornire i dati richiesti?					
	Come valuta il contributo offerto dal CRCC Abruzzo nelle attività connesse con la plasmaproduzione?					
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 _____