

Questionnaire de satisfaction

FORMATION "INTERRUPTION DE TÂCHE EN HÉMODIALYSE : GESTION DES RISQUES"

NOM DE VOTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ _____

VOTRE FONCTION _____

CODE POSTAL _____

DATE DE LA FORMATION ____ / ____ / ____

	TRÈS SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	NEUTRE	PLUTÔT INSATISFAIT	TRÈS INSATISFAIT
Qu'avez vous pensé du CONTENU de la formation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qu'avez-vous pensé de l' ORGANISATION de la formation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qu'avez-vous pensé du SUPPORT de la formation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		TROP LONGUE	CORRECTE	TROP COURTE	PAS D'AVIS
Qu'avez vous pensé de la DUREE de la formation ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		OUI	PEUT-ÊTRE	NON	PAS D'AVIS
Considérez-vous avoir acquis de nouvelles connaissances grâce à cette formation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recommanderiez-vous cette formation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merci de nous écrire quelques mots sur votre expérience :

.....

.....

.....

.....