

## Objectif du questionnaire

Ce questionnaire a été élaboré afin d'évaluer l'Aptitude à l'Utilisation des dispositifs médicaux NEURO FRANCE Implants dans le cadre de la norme IEC 62366-1. Son but est de prévenir les dangers dus aux erreurs d'utilisation d'un dispositif médical. **Ce questionnaire s'adresse au service pharmacie / magasin.**

**Nom de l'établissement de santé :** ..... **Date :** .....

**Dispositifs médicaux concernés :** .....

### Commande / Réception :

Votre livraison correspond-elle bien à votre commande ?  Oui  Non

Si non expliquez :

### Emballage :

L'emballage à la réception était-il correct ?  Oui  Non

Si non expliquez :

### Etiquette :

L'étiquette produit est-elle compréhensible et lisible ?  Oui  Non

Si non expliquez :

### Documents d'accompagnement :

Les documents d'accompagnement sont-ils présents et compréhensibles ?  Oui  Non

Si non expliquez :

### Avez-vous des remarques particulières ?

**Votre fonction :** .....

**Vous êtes :**  Une Femme  Un Homme **Votre tranche d'âge :**  20-30  30-40  40-50  50 et +

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire. Vous pouvez nous le renvoyer aux adresses suivantes :

#### Adresse postale :

NEURO FRANCE Implants  
ZA LE BOURG – 25, rue des Écoles  
41160 La Ville-aux-Clercs  
FRANCE

#### Fax :

+33 (0) 2 54 80 83 33

#### Email :

commercial@neuro-france.net

#### NOM ET SIGNATURE :