



فرم نظر سنجی از مراجعین به انستیتو پاستور ایران

شماره فرم : MN-FO-018-00
شماره بازنگری : 00
شماره سند :
تاریخ :

مراجعه کننده گرامی ، نظرها، پیشنهادهای و انتقادهای سازنده شما سبب بهبود ارائه خدمات انستیتو پاستور ایران خواهد شد. از همکاری شما جهت تکمیل این فرم متشکریم.

معاون خدمات تخصصی انستیتو پاستور ایران

تاریخ مراجعه:		ساعت مراجعه:			
آزمایشگاه / بخش مورد مراجعه: بخش باکتری شناسی (آزمایشگاه بوتولیسم <input type="checkbox"/> آزمایشگاه دیفتری / سیاه سرفه <input type="checkbox"/> بخش بیوشیمی (آزمایشگاه بیوسنتز زنجیره های گلوبین <input type="checkbox"/> آزمایشگاه فنیل کتونوری <input type="checkbox"/> آزمایشگاه آربو ویروس ها <input type="checkbox"/> آزمایشگاه هیپاتیت و ایدز <input type="checkbox"/> آزمایشگاه انفلونزا <input type="checkbox"/> آزمایشگاه تحقیقات هاری <input type="checkbox"/> آزمایشگاه ویروس شناسی <input type="checkbox"/> بخش انگل شناسی (آزمایشگاه مالاریا <input type="checkbox"/> آزمایشگاه لیشمانیا <input type="checkbox"/> آزمایشگاه توکسوپلازما <input type="checkbox"/> بخش واکنش شناسی <input type="checkbox"/> بخش بانک سلولی <input type="checkbox"/> آزمایشگاه آب: (از نظر انگل شناسی <input type="checkbox"/> از نظر باکتری شناسی <input type="checkbox"/> از نظر شیمیایی <input type="checkbox"/> بخش ژنتیک و مشاوره <input type="checkbox"/> - مراجعه کننده محترم در صورتی که نام آزمایشگاه مورد مراجعه شما، در لیست فوق موجود نمی باشد نام آزمایشگاه را در قسمت زیر مرقوم فرمایید. سایر :					
سن:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:	نوع بیمه:		
علت انتخاب این مرکز توسط شما: <input type="checkbox"/> نزدیکی به محل سکونت <input type="checkbox"/> شهرت و امکانات مرکز <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> طرف قرارداد بودن با بیمه شما <input type="checkbox"/> ارسال نمونه از سایر مراکز درمانی و بهداشتی <input type="checkbox"/> سایر دلایل:					
لطفا جهت پیگیری، نام، کد پذیرش و در صورت تمایل شماره تلفن خود را ذکر نمایید: آدرس پست الکترونیک:					
ردیف	ویژگی ها	عالی	خوب	متوسط	ضعیف
۱	نحوه برخورد و راهنمایی پرسنل اطلاعات و نگهبانی				
۲	وجود علایم راهنما برای مراجعه به واحدهای مختلف				
۳	نحوه برخورد پرسنل پذیرش (در صورت تماس تلفنی نحوه پاسخگویی و راهنمایی)				
۴	مدت انتظار جهت انجام نمونه گیری				
۵	نحوه برخورد کارشناس و کمک کارشناس واحد				
۶	مدت زمان انتظار جهت دریافت جواب آزمایش / خدمات درخواست شده				
نظرها و پیشنهادهای و انتقادات سازنده:					
مراجعه کننده گرامی لطفا در این قسمت چیزی ننویسید. (مخصوص پیگیری انستیتو پاستور ایران) تاریخ ارجاع فرم به معاونت خدمات تخصصی: ارجاع فرم از معاونت خدمات تخصصی به : <input type="checkbox"/> معاونت پشتیبانی <input type="checkbox"/> رئیس آزمایشگاه <input type="checkbox"/> مدیریت خدمات تخصصی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> مدیریت اداری و پرسنلی <input type="checkbox"/> اقدامی ندارد					
دستور معاونت در خصوص ارجاع و پیگیری درخواست مراجعین: حداکثر زمان اقدام و گزارش: تاریخ و امضای معاونت:					
رایا به گزارش و اقدام انجام شده توسط قسمت مربوطه: تاریخ: امضای مسئول مربوطه:					