



فرم نظرسنجی تلفنی فرایند خونگیری

IMS-FM-CR004

ویرایش : دو

صفحه ۱ از ۱

متقاضی (طرف قرارداد):				شماره قرارداد :			
نام کارشناس خونگیر:				بیمارستان:		نوع زایمان:	
ساعت حضور کارشناس در بیمارستان:				ساعت زایمان (فرم خونگیری):		نام/نسبت پاسخگو :	
نحوه برخورد و اطلاع رسانی کلیه پرسنل (پذیرش، حراست و ...)				عالی	خوب	بد	بسیار بد
				☐	☐	☐	☐
نحوه اطلاع رسانی مسئول خونگیرها در هنگام بستن قرارداد				عالی	خوب	بد	بسیار بد
				☐	☐	☐	☐
نحوه هماهنگی کارشناس خونگیر با متقاضی برای زایمان				عالی	خوب	بد	بسیار بد
				☐	☐	☐	☐
نحوه برخورد کارشناس خونگیر در هنگام زایمان				عالی	خوب	بد	بسیار بد
				☐	☐	☐	☐
حضور به موقع خونگیران در بیمارستان				عالی	خوب	بد	بسیار بد
				☐	☐	☐	☐
نحوه برخورد رابط حمل نمونه خون				عالی	خوب	بد	بسیار بد
				☐	☐	☐	☐
توضیحات :							
.....							
نام تماس گیرنده :				تاریخ و ساعت تماس :			
				امضاء :			