****

**SolYmusées**

Formulaire de demande de renouvellement de chéquier de prescriptions muséales

**LE PRESCRIPTEUR**

Nom du prescripteur :

Fonction :

Établissement / Service :

**BILAN DES PRESCRIPTIONS PRÉCÉDENTES**

*(Rajouter des lignes si nécessaire)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Référence****Prescription\*** | **Type de pathologie/suivi** | **La prescription a fait l’objet d’un suivi\*\*** | **Commentaires/Remarques** |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |
|  |  | oui [ ] non [ ]  |  |

\*Référence inscrite sur le chèque et sur la souche

\*\* Discussion post-visite, nouvelle prescription pour un même patient, retour d’expérience…

**Quel est selon vous le degré de satisfaction des bénéficiaires de ses prescriptions muséales ?**

*(10 = Excellent)*

[ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]  6 [ ]  7 [ ]  8 [ ]  9 [ ]  10

**Quel est votre degré de satisfaction sur ce dispositif ?**

*(10 = Excellent)*

[ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]  6 [ ]  7 [ ]  8 [ ]  9 [ ]  10

**Quel bilan global tirez-vous du dispositif de prescriptions muséales ?**

**Avez-vous des suggestions pour améliorer ce dispositif ?**

**RENOUVELLEMENT DU CHÉQUIER DE PRESCRIPTIONS MUSÉALES**

**Souhaitez-vous recevoir un nouveau chéquier ?**

**OUI □ NON □**

**Adresse postale pour l’envoi du chéquier :**

**Envoyez ce formulaire par voie postale /courrier interne à :**

Conseil départemental des Yvelines

DCTS / Service culture

Hôtel du Département

2 place André Mignot

78012 VERSAILLES CEDEX

**Merci de joindre à votre courrier le carnet de souches de votre précédent chéquier de prescriptions muséales.**

*Pour toutes questions ou remarques sur SolYmusées : developpementculturel@yvelines.fr*