

Questionnaire destiné aux établissements de santé sur  
l'organisation de la prise en charge des actions de formation  
et sur le retour des médecins

**Nom établissement :**

**Ville :**

**Code FINESS :**

Année des programmes de formation :

Date du remplissage du questionnaire :

1. Le choix des programmes proposés a répondu à vos attentes  OUI  NON
2. L'organisation logistique a-t-elle été satisfaisante ?  OUI  NON
3. Le contact administratif avec l'organisme de formation a-t-il été satisfaisant ?  OUI  NON
4. Avez-vous eu des retours positifs des médecins inscrits à une formation proposée par le CEFA HGE ?  OUI  NON
5. Ce programme a-t-il permis d'apporter des éléments permettant d'améliorer le travail de coopération au sein de votre établissement ?  OUI  NON
6. Recommanderiez-vous cet organisme à d'autres établissements ?  OUI  NON

▪ *Commentaires :*