

Ankieta okresowej oceny jakościowej systemu **MLVacuCol[®]** na potrzeby ISO



1. Nazwa i adres placówki	2. Pieczętka
---	---------------------

3. Jak długo używają Państwo systemu podciśnieniowego **MLVacuCol[®]?**

.....

4. Jakiego systemu podciśnieniowego (próżniowego) używali Państwo przed przejściem na **MLVacuCol[®]?**

.....

5. Czym kierują się Państwo wybierając system pobierania krwi do badań?
 Ponumeruj odpowiedzi od 1 (dla najważniejszego kryterium) – 6 (dla najmniej ważnego)

bezpieczeństwem użytkownika	renomą	zakresem oferty produktów	łatwością użytkownika	ceną	zdecydował przetarg	inne
					

6. Czy podczas pobierania krwi przy użyciu systemu **MLVacuCol[®] napotkali Państwo jakieś problemy? Jeśli tak to jakie?**

Otocz kółkiem właściwą odpowiedź TAK/NIE. Odpowiedź twierdzącą dodatkowo uzasadnij.

NIE	TAK

7. Na jakich analizatorach pracują Państwo obecnie, wykonując badania laboratoryjne?

Rodzaj badania	Nazwa analizatora
BIOCHEMIA	
HEMATOLOGIA	
KOAGULOLOGIA	
OB	

8. Czy w ciągu 2 ostatnich lat nastąpiła u Państwa zmiana któregoś z analizatorów?

Otocz kółkiem wybraną odpowiedź NIE/TAK.

W przypadku odpowiedzi twierdzącej odpowiedz na dodatkowe pytanie.

NIE	TAK
	Analizator do jakiego rodzaju badań uległ zmianie? Na jakim analizatorze pracowali Państwo przed tą zmianą? Proszę podać nazwę.

9. Czy próbówki **MLVacuCol®** właściwie współpracują z aktualnie użytkowanymi przez Państwa analizatorami? Otocz kółkiem właściwą odpowiedź TAK/NIE.

W przypadku pojawienia się jakichkolwiek problemów we współpracy, opisz dokładnie sytuację w wykropkowanym miejscu.

TAK	NIE

W celu udzielenia odpowiedzi na pytania nr 10, 11, 12 i 13 proszę zaznaczyć krzyżykiem wybraną odpowiedź.

SKALA:

1 - bardzo słabo 2 – słabo 3 – umiarkowanie 4 - dobrze 5 - bardzo dobrze

10. Jak, w skali od 1 do 5, oceniają Państwo szybkość wykrzepiania probówek **MLVacuCol®**?

1	2	3	4	5	nie używam
---	---	---	---	---	------------

UWAGI.....
.....
.....

11. Jak, w skali od 1 do 5, oceniają Państwo próbówki do koagulologii **MLVacuCol®**?

1	2	3	4	5	nie używam
---	---	---	---	---	------------

UWAGI.....
.....
.....

12. Jak w skali od 1 do 5, oceniają Państwo ogólną jakość probówek podciśnieniowych **MLVacuCol®**?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

UWAGI.....
.....
.....

13. Jak, w skali od 1 do 5, oceniają Państwo ogólną jakość akcesoriów do próbek podciśnieniowych **MLVacuCol®**?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

UWAGI.....
.....
.....

MIEJSCE NA DODATKOWE UWAGI

.....
.....
.....
.....
.....

DATA I PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ ANKIETĘ

Będzie nam miło, jeśli dodatkowo udzielą nam Państwo rekomendacji dot. systemu podciśnieniowego **MLVacuCol®**. Prosimy o wpisanie Państwa opinii poniżej.

REKOMENDACJA DLA MEDLAB-PRODUCTS SP. Z O.O

Nazwa placówki

Z systemu podciśnieniowego **MLVacuCol®** korzystam od

MOJA OPINIA O SYSTEMIE **MLVacuCol®**:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATA I PODPIS

Serdecznie dziękujemy za poświęcony czas! Uprzejmie prosimy o odesłanie wypełnionego arkusza faksem na numer 22 846-29-26 lub pocztą do siedziby naszej Firmy.



MEDLAB-PRODUCTS Sp. z o.o.

05-090 Raszyn, ul. Gątczyńskiego 8
fax: 22 846 29 26
e-mail: mlp.biuro@medlab-products.com.pl
www.medlab-products.com.pl

Dział Sprzedaży i Obsługi Klienta:
tel.: 22 720 35 04
Dział Handlowy:
tel.: 22 720 49 88