

Paris le 16 juin 2011

Nom et coordonnées de la pharmacie : -----  
-----  
-----  
-----  
-----

1) Etes-vous impliqué dans un ou plusieurs programmes d'éducation thérapeutique de votre région?

- Oui
- Non

Si oui, sur quelle(s) thématique(s) porte(nt) ce(s) programme(s) :

- Asthme
- Allergies
- BPCO
- Diabète
- autre, précisez

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

2) Travaillez-vous en collaboration avec d'autres pharmaciens de votre région en éducation thérapeutique ?

- Oui
- Non

3) Y a-t-il des actions d'éducation thérapeutique organisées dans votre officine?

- Oui
- Non



7) Existe-il un dossier d'éducation thérapeutique partagé entre tous les acteurs de l'éducation thérapeutique de votre région ?

- Oui
- Non

Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions.