

SOIGNANTS, FAITES-NOUS PART DE VOS RETOURS !

Ces visières ont été développées bénévolement pour vous, et fabriquées gracieusement.
Afin de mieux vous aider, vos retours sont importants pour améliorer ces modèles.

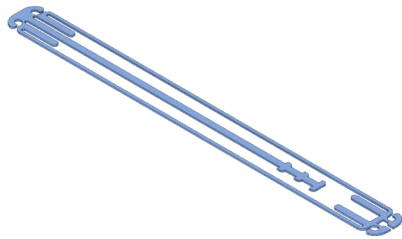


Date à laquelle vous remplissez cette fiche :

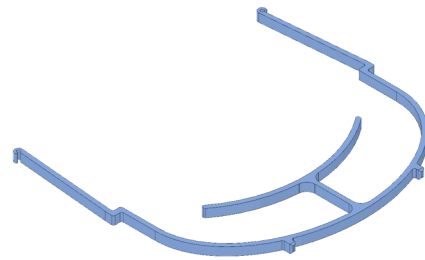
_ _ / _ _ / _ _ _ _



Modèle de visière utilisé :



☐ PROFAPLA



☐ PROFASTER



Utilisateur :

☐ FEMME

☐ HOMME

Si vous le connaissez, indiquez-nous votre tour de tête : _ _ cm

Portez-vous des lunettes de vue sous votre visière ? ☐ OUI ☐ NON



Contexte d'emploi :

☐ Hospitalier

☐ Para-médical

☐ Autre

Si possible, précisez-nous votre service / spécialité : _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _



Bilan d'utilisation :

Votre type d'utilisation ? ☐ occasionnelle ☐ à la journée ☐ plusieurs jours (_ _ jours)

La résistance aux manipulations vous convient-elle ? ☐ OUI ☐ NON

La résistance aux chocs éventuels vous convient-elle ? ☐ OUI ☐ NON

Remarques sur la durabilité : _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

Hygiène : la forme vous permet-elle une désinfection / stérilisation facile ? ☐ OUI ☐ NON

Si possible, indiquez-nous la / les méthodes de désinfection utilisées _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

Confort : durée moyenne d'utilisation (heures continues) : ☐ de 1 à 2h ☐ de 2 à 4h ☐ + de 4h

Remarques sur le confort : _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

Autres commentaires : _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

De quels autres matériels non-textiles auriez-vous besoin ? _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

A votre service et bon courage !

Pour nous transmettre votre retour d'expérience, plusieurs possibilités :

- par SMS (photo recto + verso de cette feuille) au 07 56 89 24 24 ;
- par mail ou message Facebook aux coordonnées indiquées ci-après :
- ou par voie postale (adresse sur notre site, rubrique Mentions légales en bas de page).

phoenix.equipement@gmail.com
www.facebook.com/phoenix.equipement
www.instagram.com/phoenixequipement
www.phoenix-equipement.com



PHOENIX EQUIPEMENT