

# REPORT VALUTAZIONI QUALITA

## DATI EVENTO

**TITOLO EVENTO:**

**HCV: TERAPIA OTTIMALE PER IL SINGOLO PAZIENTE**

**LUOGO DI SVOLGIMENTO:**

**PROVIDER:**

**NUMERO CREDITI:**

**NUMERO ECM:**

**CASERTA**

**PKG SRL**

**7.0**

**106-142212**

## INDICATORI NUMERICI

**NUMERO RELATORI**

**PARTECIPANTI (FIRMA INGRESSO)**

**PARTECIPANTI (FIRMA USCITA)**

**PARTECIPANTI ACCREDITATI**

**QUESTIONARI COMPILATI**

**7**

**20**

**19**

**8**

**8**

## QUESTIONARIO AGENAS

DOMANDA	MOLTO RILEVANTE	RILEVANTE	ABB. RILEVANTE	POCO RILEVANTE	NON RILEVANTE	NON RISPONDE	NON VALUTABILE
COME VALUTA LA RILEVANZA DEGLI ARGOMENTI TRATTATI RISPETTO ALLE SUE NECESSITA' DI AGGIORNAMENTO?	30%	5%	5%	0%	0%	0%	60%
DOMANDA	ECCELLENTE	BUONA	ABB. SUFFICIENTE	POCO SUFFICIENTE	NON SUFFICIENTE	NON RISPONDE	NON VALUTABILE
COME VALUTA LA QUALITA' EDUCATIVA DI QUESTO PROGRAMMA ECM?	30%	5%	5%	0%	0%	0%	60%
DOMANDA	MOLTO UTILE	UTILE	ABB. UTILE	POCO UTILE	NON UTILE	NON RISPONDE	NON VALUTABILE
COME VALUTA L'UTILITA' DI QUESTO EVENTO PER LA SUA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO?	25%	15%	0%	0%	0%	0%	60%
DOMANDA	MOLTE RILEVANTI	MOLTE NON RILEVANTI	POCHE RILEVANTI	POCHE NON RILEVANTI	NO	NON RISPONDE	NON VALUTABILE
RITIENE CHE NEL PROGRAMMA CI SIANO RIFERIMENTI O INDICAZIONI NON EQUILIBRATE O CORRETTE PER INFLUENZA DELLO SPONSOR?	5%	5%	0%	0%	30%	0%	60%