

ENQUETE SUR LES BESOINS EN KALINOX

	OUI	NON
Connaissez vous le Kalinox®		

Si oui l'utilisez vous ?			Si oui Nombre de gestes Par mois
Sur quels gestes			
Ponction lombaire			
Myélogramme			
Suture			
Pansements			
Petite chirurgie			
Ponctions diverses			
Fracture			
Soins dentaires			

Si non quels gestes douloureux de moins de 30 minutes pratiquez-vous ?			
Utilisez vous des analgésiques Lors de ces pratiques ?			