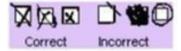


# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT

## URGENCES

Lecture par scanner, coches autorisées :



Votre opinion nous intéresse, merci de consacrer quelques instants à ce questionnaire

### A PROPOS DE VOUS

Secteur de prise en charge :

Urgences  Hospitalisation lits portes / UHCD

Qui remplit ce questionnaire ?

Le patient  La famille  Autre

Heure de votre arrivée Date de votre passage

Votre nom (facultatif)

### ARRIVEE AUX URGENCES

Vous êtes venu(e) aux Urgences

Orienté(e) par un médecin  De votre propre initiative  Avec les pompiers, une ambulance, le SAMU

Pas satisfaisant      Peu satisfaisant      Satisfaisant      Très satisfaisant

Parking

### SATISFACTION GENERALE

Votre opinion générale

Pas satisfaisant      Peu satisfaisant      Satisfaisant      Très satisfaisant

Recommanderiez-vous la clinique à vos proches ?

Oui  Non

### ACCUEIL AUX URGENCES

Pas satisfaisant      Peu satisfaisant      Satisfaisant      Très satisfaisant

Délai d'accueil

Présentation et amabilité du personnel administratif

Qualité des informations

Zone d'attente (propreté, disponibilité des sièges, environnement)

Informations sur les délais de votre prise en charge médicale et paramédicale

Explication sur le déroulement de votre prise en charge

Tournez la page SVP



## PRISE EN CHARGE

|  | Pas satisfaisant         | Peu satisfaisant         | Satisfaisant             | Très satisfaisant        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Délai d'attente de votre prise en charge                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualité de l'accueil dans le service                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informations sur votre prise en charge                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respect de la confidentialité / Secret professionnel               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Présentation / Amabilité / Identification du personnel médical     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Présentation / Amabilité / Identification du personnel paramédical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge de la douleur                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Si examen complémentaire radiologique

|                                  |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Accueil en service de radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Délai d'accueil                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## EN CAS D'HOSPITALISATION UHCD / LITS PORTES

|                                | Pas satisfaisant         | Peu satisfaisant         | Satisfaisant             | Très satisfaisant        |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hygiène / Propreté             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calme / Tranquillité / Confort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SORTIE

|   | Pas satisfaisant         | Peu satisfaisant         | Satisfaisant             | Très satisfaisant        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Organisation de votre sortie                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information sur les suites de votre prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## MERCI DE DONNER EN QUELQUES MOTS

Points forts :

Points à améliorer :

