



Questionnaire de SATISFACTION

En remplissant ce document, vous nous permettez de mieux répondre aux attentes des patients.

Urgences

Date :

Chambre n° :

L'ACCUEIL ET L'INFORMATION

Etes-vous satisfait de l'accueil ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estimez-vous le niveau d'information satisfaisant ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LES SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT

Etes-vous satisfait de votre prise en charge dans le service concernant :

La qualité des soins que vous avez reçus

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La prise en charge de la douleur

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'attention et le respect du personnel

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'attention portée à vos proches

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LES PRESTATIONS HÔTELIÈRES

Etes-vous satisfait des prestations en ce qui concerne :

Le confort du box/salle d'examen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le confort de la salle d'attente

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La propreté du service

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les prestations (TV, les jeux pour enfants)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SATISFACTION GLOBALE

Comment estimez-vous votre prise en charge ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait de la rapidité de prise en charge ?

Tout à fait satisfait

Plutôt satisfait

Plutôt insatisfait

Pas du tout satisfait

+ Les 3 points forts :

- Les 3 points à améliorer :