

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 Urgences dentaires

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 :



Nous vous invitons à déposer ce questionnaire dans l'une des urnes à votre disposition à la sortie du service ou dans la zone d'accueil de la Clinique.

Vous pouvez consulter le site internet de la Clinique en flashant le QR code ->

