

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SOINS NON PROGRAMMÉS 1/2

Merci de nous aider à améliorer la qualité de nos soins et de nos services en nous faisant connaître vos appréciations.

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Non satisfait(e)
-------------------	--------------	------------------	------------------

VOTRE ARRIVÉE				
Comment jugez-vous la signalétique ?				
Comment estimez-vous avoir été accueilli dans le service ?				
Comment jugez-vous le respect de la confidentialité ?				

VOTRE PRISE EN CHARGE				
Comment jugez-vous le temps d'attente :				
Avant le début de votre prise en charge ?				
Avant l'examen ?				
Avant l'hospitalisation si concerné(e) ?				

VOTRE INFORMATION				
Estimez-vous avoir été suffisamment informé(e)				
Par le personnel soignant ?				
Par le personnel médical ?				

LES SOINS				
Quelle est votre degré de satisfaction sur :				
La prise en charge médicale ?				
Les soins infirmiers ?				
La prise en charge de la douleur ?				
La disponibilité du personnel ?				

LES LOCAUX				
Comment jugez-vous :				
La salle d'attente ?				
La propreté des locaux ?				
Le confort des salles d'examens ?				
Le calme dans le service ?				



## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SOINS NON PROGRAMMÉS 2/2

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Non satisfait(e)
<b>VOTRE SORTIE</b>				
Comment jugez-vous les informations fournies pour votre sortie ?				
<b>CONCLUSION</b>				
Comment jugez-vous la durée des soins dans ce service ?				
Comment jugez-vous globalement les services des soins non programmés ?				

Vos commentaires et suggestions :

Avez-vous été adressé(e) par votre médecin traitant ?

OUI

NON

Êtes-vous venu(e) de votre propre initiative ?

OUI

NON

Date de sortie :

FACULTATIF :

Nom :

Prénom :