



ENQUÊTE SATISFACTION

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Je vous remercie de consacrer quelques instants à ce questionnaire pour me donner votre avis sur les prestations du service des Urgences. Vous pourrez déposer le questionnaire complété dans l'une ou l'autre des boîtes aux lettres à votre disposition ou me l'adresser par courrier à

**M. le Directeur
HÔTEL-DIEU DE PONT L'ABBE
Rue Roger Signor - B.P. 43083
29123 PONT L'ABBE CEDEX**

Le Directeur

1) Age (*) : - de 15 ans 15 / 70 ans + de 70 ans

2) Date de passage :/...../.....

Matin Après-midi Après 21h (*)

3) Vous êtes venu(e) aux urgences de l'Hôtel-Dieu (*) :

De vous-même Orienté(e) par votre médecin

Autre (précisez) :

4) Votre avis sur la signalisation des urgences (*) :

	Excellent	Satisfaisant	Passable	Insuffisant
a) En ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) A l'extérieur des bâtiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A l'intérieur des bâtiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Votre avis sur la qualité de votre prise en charge dans le service (*) :

Accueil dans le service :

- a) Courtoisie de l'accueil
- b) Evaluation de la rapidité de la prise en charge (< 1h)
- c) Information sur le motif de votre attente, le cas échéant.

	Excellent	Satisfaisant	Passable	Insuffisant
a) Courtoisie de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Evaluation de la rapidité de la prise en charge (< 1h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Information sur le motif de votre attente, le cas échéant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Déroulement de la prise en charge :</u>				
d) Information sur les examens pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Disponibilité des soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Suivi de la prise en charge entre la radiologie et les urgences, le cas échéant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Etat et confort des locaux :</u>				
i) La salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Les salles d'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conditions de sortie :

- k) Organisation du transport
- l) Prise de rendez-vous ultérieurs
- m) Conseils

	Excellent	Satisfaisant	Passable	Insuffisant
k) Organisation du transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Prise de rendez-vous ultérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Conseils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Votre impression, en quittant les urgences (*) :

Excellente	Satisfaisante	Passable	Mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Vos commentaires et/ou suggestions :

.....

.....

.....

.....

**ENSEMBLE, AMÉLIORONS LA QUALITÉ
DE VOTRE PASSAGE AUX URGENCES
DE L'HÔTEL-DIEU.**

(*) cocher la case correspondante