

Questionnaire de satisfaction

Service des consultations

Vous venez de bénéficier d'une consultation au centre hospitalier de CREST. Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire (anonyme) qui nous permettra d'améliorer l'accueil, la qualité des services et des soins que nous dispensons.

Vous avez la possibilité de déposer votre questionnaire dans la boîte aux lettres prévue à cet effet dans le hall d'entrée. Vous pouvez également l'adresser par la poste au Responsable Qualité de notre établissement.

Afin de mieux vous connaître

1. *Est-ce votre première consultation au Centre Hospitalier ?* Oui Non
2. *Quelle personne a rempli le questionnaire ?* Le patient Un proche Autre

VEUILLEZ UTILISER LA NOTATION SUIVANTE :

1 = Très insatisfaisant(e) **2** = Insatisfaisant(e) **3** = Satisfaisant(e) **4** = Très satisfaisant(e) **NC** = Non concerné(e)

À votre arrivée

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. <i>En ville, vous avez trouvé l'accès à l'établissement :</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. <i>Le stationnement au Centre Hospitalier vous a paru :</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. <i>Dans l'établissement, l'accès aux services vous a paru :</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. <i>La signalétique des différents services vous a paru :</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre accueil

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. <i>Le temps d'attente au bureau des admissions vous a paru :</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Quelle est votre impression concernant l'accueil du personnel : | | | | | | |
| 8. <i>au bureau des admissions :</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. <i>dans le service des consultations :</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | OUI | NON | NC |
| 10. <i>Les conditions de l'accueil permettent-elles la confidentialité des informations échangées ?</i> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. <i>Vous a-t-on demandé vos papiers d'identité (carte d'identité, passeport...)?</i> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. <i>Avez-vous attendu longtemps pour votre consultation ?</i> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En consultation

	1	2	3	4	NC
13. <i>L'information reçue sur votre état de santé et/ou consultation a été :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. <i>La disponibilité du personnel soignant (écoute, explications, ...) vous a paru :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <i>Le respect de vos droits (liberté de circulation, intimité, dignité, ...) vous a paru :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. <i>La confidentialité sur votre état de santé a été respectée de manière :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. **REMARQUES, SUGGESTIONS :**
