





Améliorons ensemble la qualité de la prise en charge aux urgences

Le Centre Hospitalier du Montgardé vous sollicite pour mesurer votre satisfaction par rapport à ses services et apporter les améliorations nécessaires. Merci de déposer le questionnaire rempli dans une des boîtes à lettres qui se trouvent à l'accueil devant les ascenseurs ou dans les salles d'attente

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant la case de votre choix.





 = Très satisfait
  = Satisfait
  = Peu satisfait
  = Pas satisfait
 NC= Non concerné

Nom prénom (facultatif) :





Date de prise en charge :/...../.....

Modalités d'entrée dans le service : Pompier / SAMU Propres moyens

ACCUEIL

					
Avez-vous été satisfait(e) par l'accueil du secrétariat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été satisfait(e) par l'accueil du personnel soignant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été satisfait(e) du délai d'attente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si non : Avez-vous reçu les informations liées à cette attente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE PRISE EN CHARGE

					
Clarté des informations délivrées sur le déroulement de votre prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de votre prise en charge par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de votre prise en charge par les soignants(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de votre prise en charge lors des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite donnée après passage aux urgences Hospitalisation Retour à domicile

ORIENTATION ET SIGNALÉTIQUE

					
L'orientation dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPRECIATION GLOBALE DU SERVICE DES URGENCES

Vos remarques :

.....

.....

.....

.....

.....