





## 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 la boîte aux lettres qui se trouve dans la salle 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 : ...../...../.....

Heure d'arrivée aux urgences : .....h.....

**Mode d'entrée dans le Service :**

- Pompier/Samu
- Propres Moyens

**APPRECIATION GLOBALE DES URGENCES**

				NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ACCUEIL**

				NC
--	---	---	---	----

La qualité de l'accueil du secrétariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'accueil du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'attente de la prise en charge	<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**

				NC
--	---	---	---	----

La clarté des informations délivrées sur le déroulement de votre prise en charge aux urgences ainsi qu'à vos accompagnants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par les soignants(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge lors des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VOTRE DOULEUR**

				NC
--	---	---	---	----

Avez-vous été satisfait(e) de la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Suite donnée après votre passage aux urgences     Hospitalisation     Urgence Main  
 Bloc Opératoire     Retour à domicile

Vos remarques :

.....

.....

.....

.....