

# ENQUETE DE SATISFACTION IMAGERIE MEDICALE



VOUS ALLEZ PASSER :  Radiographie,  Mammographie,  Echographie,  Scanner

## LA PRISE DE RENDEZ VOUS

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Êtes-vous satisfait de l'accueil (téléphonique ou sur place) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous satisfait de l'heure de votre rendez-vous :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous satisfait des documents d'information remis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous satisfait de la confidentialité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous avez eu rendez-vous en :  -3 jours       - 1 semaine       + 1 semaine

## LE JOUR DU RENDEZ VOUS

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Avez-vous facilement trouvé le service radiologie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment jugez-vous l'accueil au sein du service radiologie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment jugez-vous le temps d'attente :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment estimez-vous le confort de la salle d'attente :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Combien de temps avez-vous attendu avant de passer votre examen :  
Entre :  5 et 10min       10 et 20min       20 et 30 min       +

## PENDANT EXAMEN

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Êtes-vous satisfait de l'attention portée à votre cas personnel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous satisfait de la qualité des explications fournies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous satisfait du respect de votre pudeur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous satisfait de la température de la pièce :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## APRES EXAMEN

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Êtes-vous satisfait du délai de restitution du compte-rendu :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vu le médecin :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>Si oui</b> , êtes-vous satisfait de l'entretien avec le médecin radiologue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si non</b> , auriez-vous aimé le voir :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

### Globalement, êtes-vous satisfait de votre consultation :

Pas du tout       Peu satisfait       Satisfait       Très satisfait

Reviendriez-vous en cas de besoin **ou** recommanderiez-vous le service d'imagerie médicale de Nogent le Rotrou à vos proches :  Oui       Non

### Avez-vous des remarques ou suggestions pour l'amélioration