

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

vos avis nous intéressent

Nous vous remercions de votre participation.

Votre âge (facultatif) :..... ans

L'Accueil

Êtes-vous satisfait de :

La signalétique indiquant le service des urgences le jour ?

La signalétique indiquant le service des urgences la nuit ?

L'accueil par l'équipe du service ?

L'aménagement de la salle d'attente ?

Du délai d'attente en salle d'attente ?

Du délai d'attente après installation en box de soins ?



Oui



Non



Ne sais pas

La Prise en Charge

Êtes-vous satisfait de :

La confidentialité des locaux ?

L'écoute du médecin ?

L'information donnée par le médecin ?

La prise en compte de votre douleur ?

La relation avec l'équipe paramédicale ?

Des soins prodigués ?

Du délai d'attente pour les examens d'imagerie ?

Du délai d'attente pour les examens de laboratoire ?

Des explications données à votre sortie du service (ordonnance, prise de RV... ?)

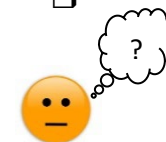
Êtes-vous satisfait de votre passage aux urgences ?



Oui



Non



Ne sais pas



Selon vous, sur quels points faibles devrions-nous concentrer nos efforts ?

.....
.....



Qu'avez-vous le plus apprécié lors de votre séjour aux urgences ?

.....
.....