

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION <sup>CS</sup>

**Votre avis nous est précieux : Aidez-nous à améliorer la Qualité des soins et nos services. Ce questionnaire ne prendra que 5 minutes de votre temps.**

### Le Service que vous évaluez : En Consultations Externes :

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anesthésie                         | <input type="checkbox"/> Diététique              | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie   | <input type="checkbox"/> Urologie                             |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie Vasculaire et digestive* | <input type="checkbox"/> Pédiatrie               | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers   | <input type="checkbox"/> Chirurgie Orthopédique*              |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie                        | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Nutrition          | <input type="checkbox"/> Médecine                             |
| <input type="checkbox"/> Consultation Mémoire               | <input type="checkbox"/> Gynécologie-obstétrique | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Médecine physique et de Réadaptation |
| <input type="checkbox"/> Urgences                           |  |   |   |

### Imagerie :

- |                                     |                                      |                                       |                                  |                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Echographie | <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Scanner | <input type="checkbox"/> IRM |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|

### Êtes-vous ? :

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> un Homme | <input type="checkbox"/> Une Femme |
|-----------------------------------|------------------------------------|

Qui renseigne ? :  Le patient  Un proche  Autre

Votre âge : .....

### VOTRE ACCUEIL

- |  |  |  |  |  | N C                      |
|--|--|--|--|--|--------------------------|
| Le délai d'obtention du rendez-vous                                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| La qualité de l'accueil téléphonique lors de la prise du rendez-vous | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| La qualité de l'accueil lors de votre venue dans l'établissement     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| L'amabilité de l'accueil dans le service fréquenté                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| La signalétique dans l'établissement                                 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous satisfait des nouveaux locaux du 5 <sup>ème</sup> étage    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

### La Durée d'attente :

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bureaux des Admissions                                 | <input type="checkbox"/> |
| Urgences   | <input type="checkbox"/> |
| Imagerie Médicale                                      | <input type="checkbox"/> |
| La rapidité de votre prise en charge.                  | <input type="checkbox"/> |
| Le personnel de soins s'est-il présenté ?              | <input type="checkbox"/> |
| Les Relations avec le personnel extérieur au service : |                          |                          |                          |                          |                          |
| Brancardiers   | <input type="checkbox"/> |
| Manipulateurs Radio                                    | <input type="checkbox"/> |

## VOS DROITS A

					N C
L'information claire sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur les soins dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le rôle de la personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur les directives anticipées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'existence des représentants des usagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité et de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-on recueilli votre consentement pour les soins et examens ?		OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	

## VOTRE SATISFACTION GLOBALE

Recommanderiez-vous notre établissement de soins à un de vos proches :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									

Avez-vous des remarques ?:

-----  
-----  
-----  
-----

L'équipe du Centre Hospitalier « La PALMOSA » de MENTON vous remercie chaleureusement de votre participation

Le questionnaire une fois complété, est à remettre au personnel du service, à l'accueil ou à retourner par mail : [secretariat.direction@ch-menton.fr](mailto:secretariat.direction@ch-menton.fr) ou par courrier : Centre Hospitalier « La Palmosa », 2 avenue Antoine Pégion – BP 189, 06507 MENTON CEDEX.