



Questionnaire de satisfaction des urgences

La qualité des soins dispensés dans notre établissement est au centre de nos préoccupations
 Vous pouvez nous aider à l'améliorer en répondant à ce questionnaire.

Comment avez-vous apprécié ?

	Très bien	Bien	Moyen	Décevant
Votre accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avant votre prise en charge médicale. Combien de temps avez-vous attendu ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de 15 mn	Entre 15 et 30 mn	Entre 30 et 60 mn	Plus d'1 heure

L'information donnée par

	Très bien	Bien	Moyen	Décevant
Urgentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre prise en charge et vos relations avec :

	Très bien	Bien	Moyen	Décevant
Urgentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La prise en charge de votre douleur

	Très bien	Bien	Moyen	Décevant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les locaux

	Très bien	Bien	Moyen	Décevant
Equipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qu'avez-vous particulièrement apprécié durant votre passage ?

Selon vous, que faudrait-il améliorer en priorité ?

Vous êtes venu :

De la part de votre médecin traitant	<input type="checkbox"/>
De la part d'un spécialiste	<input type="checkbox"/>
Déjà venu	<input type="checkbox"/>
Sur conseil d'une connaissance	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>

Exprimez-nous ce qui vous a déçu ?

Recommanderiez-vous notre établissement ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

Pour mieux analyser ces données, merci de nous préciser :

Votre âge :	Votre sexe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Féminin	Masculin

A nous retourner par mail : contact@ch-issoudun.fr

Date :/...../.....

ou renvoyer au CH de la Tour Blanche Cellule qualité – CS 70 190 – 36105 ISSOUDUN CEDEX –

Tél. : 02 54 03 54 03 – Fax : 02 54 03 54 21

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.