



**Votre opinion nous intéresse**

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 ?**

Votre accueil     Très bien     Bien     Moyen     Décevant

L'attente         Très bien     Bien     Moyen     Décevant

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

Moins de 30mn     Entre 30 et 60mn     Entre 1h et 2h     Plus de 2h

**L'information donnée par :**

- Urgentiste         Très bien     Bien     Moyen     Décevant

- Personnel soignant     Très bien     Bien     Moyen     Décevant

- Secrétaire         Très bien     Bien     Moyen     Décevant

**Votre prise en charge et vos relation avec :**

- Urgentiste         Très bien     Bien     Moyen     Décevant

- Personnel soignant     Très bien     Bien     Moyen     Décevant

- Secrétaire         Très bien     Bien     Moyen     Décevant

**La prise en charge de votre douleur :**

Très bien         Bien         Moyen         Décevant

**Les locaux :**

- Équipement         Très bien     Bien     Moyen     Décevant

- Propreté             Très bien     Bien     Moyen     Décevant

**Qu'avez-vous particulièrement apprécié durant votre passage ?**

.....  
.....

**Selon vous, que faudrait-il améliorer en priorité ?**

.....  
.....

**Vous êtes venu :**

Adressé par votre médecin traitant     orienté par le 15

De vous-même

Autre :.....

**Recommanderiez-vous notre établissement ?**     Oui         Non

Vous pouvez laisser ce questionnaire rempli dans la boîte aux lettres située à l'accueil.

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

Merci de votre participation