



Votre avis nous intéresse...

Nous avons besoin de votre avis pour améliorer notre qualité de soins. Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui peut être anonyme. Cochez la case correspondant à votre niveau de satisfaction. Vous pourrez le déposer dans la boîte aux lettres du service prévue à cet effet.

Nom – Prénom (facultatif) : _____

Date : ____ / ____ /20__

Unité de soins : _____





Depuis combien de temps fréquentez-vous notre unité de soins ?

- moins d'un mois
 moins de 6 mois
 moins d'un an
 plus d'un an

La 1^{ère} fois que vous êtes venu(e), avez-vous trouvé facilement la structure ? oui non

Trouvez-vous facilement une place de parking ? oui non non concerné

QUE PENSEZ-VOUS DE L'ACCUEIL ?

	 Très satisfait	 Satisfait	 Insatisfait	 Très insatisfait	Non concerné
Accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accueil des professionnels dans la structure :					
secrétariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Des horaires d'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Du respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Des locaux :					
salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
locaux de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Les informations données

	OUI	NON
Vous a-t-on informé(e) sur les modalités d'accès à votre dossier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les professionnels de la structure

	OUI	NON
La fonction des professionnels est-elle identifiable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les professionnels sont-ils disponibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarque(s) sur l'accueil :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





.....

.....

.....



QUE PENSEZ-VOUS DE VOTRE PRISE EN CHARGE ?



La prise en charge par les membres de l'équipe					Non concerné
Médecin :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe soignante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les informations données					Non concerné
Concernant votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concernant la prise en charge proposée (dont avantages / inconvénients)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concernant les traitements médicamenteux (utilité, durée, effets indésirables...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les soins					Non concerné
Les délais de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La disponibilité des professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le respect du secret professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	OUI	NON
Avez-vous collaboré à votre projet de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	moins de 15mn	entre 15 et 30mn	entre 30mn et 1h	plus d'1h	Non concerné
En moyenne, combien de temps passez-vous en salle d'attente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les repas (Hôpital de jour – Self patients)					Non concerné
La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect des régimes ou particularités alimentaires et culturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarque(s) sur la prise en charge :

.....

.....

.....

.....





.....

.....

.....

.....

.....

SATISFACTION GENERALE					Non concerné
En considérant l'ensemble des aspects des soins qui vous ont été dispensés, vous êtes plutôt :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nous vous remercions du temps que vous venez de consacrer à renseigner ce questionnaire.