



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





QUE PENSEZ-VOUS DE L'ACCUEIL ?

					Non concerné
Accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accueil des professionnels dans la structure	<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"/>	
Du délai avant le 1 ^{er} rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les informations données

	OUI	NON
Vous a-t-on remis le livret d'accueil « soins ambulatoires » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUE PENSEZ-VOUS DE VOTRE PRISE EN CHARGE ?

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

Les informations données

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

	OUI	NON
Avez-vous été associé(e) à votre projet de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos remarque(s) (accueil, prise en charge...) / Proposition(s) d'amélioration :

.....

.....

.....

.....

.....





.....

.....

.....

.....

SATISFACTION GÉNÉRALE

				
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.