



Questionnaire de satisfaction Consultations externes

Code	ENR-ESU-004 v.2
Page	1 / 2
Date de création :	01/04/2015
Date de modification :	19/07/2017

Madame, Monsieur,

Vos besoins et vos attentes nous permettent de vous fournir les meilleurs soins et le meilleur service possible. Il est donc important pour nous que vous vous exprimiez librement sur ce qui vous a satisfait ou non satisfait dans votre prise en charge en consultation.

Vous connaître

Votre consultation :

- Diabétologie/Endocrinologie Douleur Mémoire Radiographie Urologie
 Ophtalmologie Sage-Femme Rhumatologie Cardiologie Néphrologie

1) Comment avez-vous été informé(e) des consultations dont vous pouvez bénéficier au Centre Hospitalier ?

- Par votre médecin traitant Par vos proches Par Internet (Pages jaunes, Google, site du CH, autres...)
 Autres :

Lors de la prise de rendez-vous

2) Etes-vous satisfait(e) du délai de rendez-vous ?

- Oui Non

A) **Souhaitez-vous un médecin en particulier ?** OUI NON

B) **Avez-vous obtenu un rendez-vous avec lui ?** OUI NON

- Si NON, pour quels motifs ? Les créneaux proposés ne vous convenaient pas,
 Rendez-vous trop lointain,
 Autres :

Lors de l'accueil

3) Etes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu

- Accueil lors de votre prise de rendez-vous (téléphonique ou sur place) ?

- Oui Non

- Accueil lors de votre venue en consultation ?

- Oui Non

4) Etes-vous satisfait(e) des informations reçues pour préparer votre consultation ?

- Informations sur les documents administratifs à présenter et le paiement

(Document d'identité, Carte Vitale, Couverture Mutuelle, Courrier ou ordonnance médical(e), tarifs et modalités de paiement)

- Oui Non

- Informations sur les documents utiles pour le bon déroulement de votre consultation

(Disposer de vos derniers résultats d'examens de biologie, radiographie,...)

- Oui Non

5) Etes-vous satisfait(e) de la signalisation à l'intérieur de l'établissement pour vous guider en consultation ?

- Oui Non



Questionnaire de satisfaction Consultations externes

Code	ENR-ESU-004 v.2
Page	2 / 2
Date de création :	01/04/2015
Date de modification :	19/07/2017

En salle d'attente

6) Etes-vous satisfait(e) du confort de la salle d'attente (chaises, magazines, température...) ?

Oui Non

7) Etes-vous satisfait(e) du respect des horaires de votre rendez-vous ?

Oui Non

Durant la consultation

8) Les médecins ont-ils répondu à vos questions ? OUI NON

Si OUI leurs réponses, étaient assez claires et suffisantes pour vous ? OUI NON

9) Etes-vous satisfait(e) du respect de la confidentialité lors des échanges ?

Oui Non

10) Etes-vous satisfait(e) du respect de votre intimité ?

Oui Non Non Concerné

Pour l'ensemble de votre consultation

11) Etes-vous satisfait(e) de l'hygiène des locaux (couloirs, salle d'attente, accueil, salles de soins...) ?

Oui Non

12) Dans l'ensemble, de votre prise de rendez-vous à votre sortie, êtes-vous satisfait(e) de votre consultation ?

Oui Non

13) Recommanderiez-vous notre établissement à votre famille, à vos proches ? OUI NON

Sur 10, quelle note donneriez-vous à l'établissement : ___ / 10

Vos Suggestions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions pour le temps que vous avez consacré à compléter ce questionnaire.

Vous pouvez le déposer dans l'urne indiquée en salle d'attente ou bien le retourner par voie postale au Centre Hospitalier de Le Nouvion-en-Thiérache, Service Qualité, 40 rue André Ridders, 02170 Le Nouvion-en-Thiérache.