

Questionnaire de satisfaction - Consultations Externes

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 :

- ☐ Cardiologie ☐ Rhumatologie ☐ Urologie ☐ Mémoire ☐ Douleur
☐ Chirurgie orthopédique et Traumatologique ☐ Chirurgie viscérale et digestive

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) Souhaitiez-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

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) Etes-vous satisfait(e) de l'accueil de l'infirmière ? ☐ OUI ☐ NON

Etes-vous satisfait(e) de l'accueil du médecin ? ☐ OUI ☐ NON

9) Le médecin a-t-il répondu à vos attentes ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI ses réponses étaient assez claires et suffisantes pour vous ? ☐ OUI ☐ NON

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

☐ Oui ☐ Non

11) 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

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.