

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

« Pour améliorer la qualité de notre service, votre avis compte »

Ce questionnaire est à destination des patients venus en consultations externes ou ayant passé un examen d'imagerie médicale au sein du CHIPC.

Il permet de recueillir votre niveau de satisfaction concernant certains aspects de votre visite/passage dans ce service, afin que nous puissions améliorer continuellement la qualité de nos prestations.

Pour cela, nous vous invitons à remplir ce questionnaire puis le remettre au secrétariat du service ou dans la boîte aux lettres située dans le hall d'accueil.





Consultations Externes
Imagerie Médicale

Votre nom (facultatif):

Date de votre visite : / /

Votre consultation et/ ou examen			
Vous êtes venus en consultation de	<input type="checkbox"/> anesthésie	<input type="checkbox"/> neurologie	
	<input type="checkbox"/> cardiologie	<input type="checkbox"/> oncologie	
	<input type="checkbox"/> dermatologie	<input type="checkbox"/> ophtalmologie	
	<input type="checkbox"/> diabétologie	<input type="checkbox"/> O.R .L	
	<input type="checkbox"/> diététique	<input type="checkbox"/> pédiatrie	
	<input type="checkbox"/> endocrinologie	<input type="checkbox"/> pédicure	
	<input type="checkbox"/> endoscopie	<input type="checkbox"/> pneumologie	
	<input type="checkbox"/> gastrologie- entérologie	<input type="checkbox"/> post urgences	
	<input type="checkbox"/> gériatrie	<input type="checkbox"/> psychologie	
	<input type="checkbox"/> gynécologie	Autres :	
<input type="checkbox"/> néphrologie			
Vous êtes venus en imagerie médicale	<input type="checkbox"/> une radiographie	<input type="checkbox"/> une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique)	<input type="checkbox"/> une échographie
	<input type="checkbox"/> un scanner		<input type="checkbox"/> une mammographie
Vous venez	<input type="checkbox"/> pour la première fois	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> habituellement
Vous venez suite	<input type="checkbox"/> au conseil de mon médecin	<input type="checkbox"/> à un choix personnel	
	<input type="checkbox"/> au conseil d'un proche	<input type="checkbox"/> à la suite d'une hospitalisation	
	<input type="checkbox"/> à sa réputation	<input type="checkbox"/> à la proximité géographique	
	<input type="checkbox"/> à mes habitudes	Autres :	

Votre appréciation				
Totalement satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
				✓

L'organisation de votre rendez-vous					✓ Non concerné
La facilité pour nous joindre par téléphone (recherche des numéros)					
Le délai de réponse au téléphone					
La qualité de la réponse téléphonique (amabilité, clarté)					
Le délai de programmation de votre rendez-vous					
L'organisation de votre rendez-vous					
La transmission des renseignements pour votre futur rendez-vous					
Vos commentaires et suggestions					

Votre accueil						✓ Non concerné
L'accès à nos locaux						
Votre accueil par le personnel au bureau des entrées						
La signalisation pour l'accès au lieu de votre rendez-vous						
Votre accueil au secrétariat de votre rendez-vous (amabilité, écoute ...)						
Votre accueil par les professionnels du service						
Vos commentaires et suggestions						

Vos délais d'attente		
La durée d'attente au bureau des entrées	<input type="checkbox"/> Moins de 15 minutes	<input type="checkbox"/> Entre 15 et 30 minutes
	<input type="checkbox"/> Entre 30 minutes et 1 heure	<input type="checkbox"/> Plus d'une heure
La durée d'attente avant votre consultation ou votre examen	<input type="checkbox"/> Moins de 15 minutes	<input type="checkbox"/> Entre 15 et 30 minutes
	<input type="checkbox"/> Entre 30 minutes et 1 heure	<input type="checkbox"/> Plus d'une heure
La durée d'attente de la restitution de votre compte rendu de consultation	<input type="checkbox"/> Entre 15 et 30 minutes	<input type="checkbox"/> Entre 30 minutes et 1 heure
	<input type="checkbox"/> Plus d'une heure	<input type="checkbox"/> Supérieure à 24heures
	<input type="checkbox"/> Une semaine	<input type="checkbox"/> Plus d'une semaine
Vos commentaires et suggestions		

Votre consultation						✓ Non concerné
L'identification du personnel (badge)						
L'amabilité du personnel						
L'information sur le déroulé de votre examen						
La prise en compte de votre douleur						
La prise en compte de votre appréhension						
Le respect de votre intimité						
Le respect de votre dignité						
Le respect de votre confort						
L'information sur votre état de santé fournie par le médecin						
Vos commentaires et suggestions						

Les locaux						✓ Non concerné
L'aménagement des salles d'attente						
La propreté des lieux d'attente						
La propreté des salles de consultation /examen						
La température des salles de consultation /examen						
Vos commentaires et suggestions						

Votre satisfaction						✓ Non concerné
Dans l'ensemble, l'avis sur votre passage est						
Recommanderiez-vous ce service à un de vos proches		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		

Quels sont les points sur lesquels vous souhaitez que ce service apporte des modifications ou des améliorations :

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.