



QUESTIONNAIRE DES URGENCES

Toujours soucieux d'améliorer la qualité des services qui vous sont rendus, nous vous remercions de consacrer un peu de votre temps pour évaluer votre niveau de satisfaction concernant les différentes prises en charge aux Urgences.

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE :

Vous êtes :

- la personne qui a consulté les urgences
- un membre de sa famille ou un proche
- un homme une femme

Vous avez :

- de 20 ans
- entre 21 et 35 ans
- entre 36 et 50 ans
- entre 51 et 69 ans
- + de 70 ans

DATE : Nom et prénom (facultatif) :

VOTRE ACCUEIL :

- La signalisation du Centre Hospitalier en ville
- La signalisation du service des Urgences
- Les relations avec le personnel administratif
- Les formalités administratives
- Les relations avec le personnel soignant
- Les relations avec le personnel médical
- Le délai d'attente
- Les locaux et le matériel

	Très satisfait	Assez Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné ou sans opinion
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RESPECT DE VOS DROITS :

- Le respect de votre intimité
- La confidentialité des informations
- La prise en compte de vos croyances
- Votre consentement avant tout acte médical

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

VOTRE INFORMATION MEDICALE :






- Les informations sur votre maladie
- Les informations sur les traitements donnés
- Les informations sur les examens et leurs résultats
- Les informations sur les réponses à vos questions
- Votre prise en charge médicale

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

Très satisfait	Assez Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné ou sans opinion
-------------------	--------------------	------------------	--------------------------	------------------------------------

VOTRE DOULEUR :

La rapidité de la prise en compte de votre douleur
L'efficacité des traitements donnés

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

LA QUALITE DES SOINS :

La disponibilité et l'écoute de l'équipe soignante
Les informations données par l'équipe soignante
La qualité des soins dispensés
Votre prise en charge soignante

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

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

L'accueil en radiologie
Le délai d'attente
Les informations données

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

Vous a-t-on orienté vers un spécialiste après votre passage aux Urgences ?

oui non

Si oui, quel a été le délai du rendez-vous pris par les Urgences ?






immédiat dans la journée dans les 48 heures + de 48 heures

Quel est le point qui vous a satisfait le plus ?

Quel est le point qui vous a satisfait le moins ?

Très satisfait	Assez Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné ou sans opinion
-------------------	--------------------	------------------	--------------------------	------------------------------------

VOTRE SATISFACTION GENERALE :

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

Recommanderiez-vous les Urgences du Centre Hospitalier de Rumilly à votre entourage ?

oui non

Quelles remarques ou suggestions pourriez-vous formuler pour nous permettre de mieux répondre à vos attentes ?

VOUS POUVEZ REMETTRE CE QUESTIONNAIRE :

Dans l'urne située dans la salle d'attente des Urgences