

De vous à nous !

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes pris en charge dans le service de consultations externes. Afin de nous aider à améliorer le service rendu aux patients, nous vous remercions de consacrer quelques minutes de votre temps à compléter cette enquête de satisfaction.

Ce questionnaire est, pour nous, un **outil d'amélioration**, il nous permettra d'étudier vos remarques et votre niveau de satisfaction pour mener des actions d'amélioration sur l'ensemble de nos prestations.

Nous vous remercions de votre participation

Date : Heure d'arrivée : Médecin consultant :

L'orientation	OUI	NON
• La signalétique pour se rendre à la clinique est satisfaisante		
• La signalétique pour s'orienter au sein de l'établissement est suffisante		
L'accueil		
• Dans le service, vous avez été accueillie par :	<input type="checkbox"/> L'Hôtesse d'accueil <input type="checkbox"/> L'Assistante sociale <input type="checkbox"/> La secrétaire médicale	<input type="checkbox"/> Le médecin <input type="checkbox"/> L'infirmière <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
• Vous avez été accueilli dans un délai :	<input type="checkbox"/> supérieur à 5 minutes	<input type="checkbox"/> inférieur à 5 minutes
• La personne qui vous a accueilli a été :	<input type="checkbox"/> Souriante <input type="checkbox"/> Polie <input type="checkbox"/> Agréable	<input type="checkbox"/> Indifférente <input type="checkbox"/> Désagréable <input type="checkbox"/> Occupée à une autre tâche
Le temps d'attente	OUI	NON
• Le temps d'attente vous a semblé correct pour les formalités administratives		
• Le temps d'attente vous a semblé correct pour la prise en charge médicale et paramédicale		
La prise en charge	OUI	NON
• Votre intimité et votre dignité ont été respectées		
• Vous avez reçu les informations nécessaires sur votre état de santé		
La qualité du service	OUI	NON
• Le service vous a semblé bien agencé et bien organisé		
• Le service est propre		
DANS L'ENSEMBLE	OUI	NON
• vous êtes satisfait de la prise en charge dans ce service		

COMMENTAIRES :

Nom : Prénom : (Facultatif)