

Pour améliorer votre prise en charge, nous avons besoin de connaître votre avis sur votre passage au service d'accueil médicalisé.

Ce questionnaire est mis à votre disposition dans le service.

Merci de répondre sincèrement aux questions suivantes en cochant les cases correspondantes.

Ce questionnaire est à déposer dans la boîte réservée à cet effet et située face aux ascenseurs au Rez-de-chaussée.

I – Votre passage au service d'accueil médicalisé				
Date de votre passage		Nom :	Prénom :	(facultatif)
J J	M M			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
A A	Tél :			
<input type="text"/>	(facultatif)			

II- Votre prise en charge				
Que pensez-vous de la prise en charge par l'infirmier	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Un peu mécontent	Très mécontent
L'accueil à votre arrivée				
Le respect de votre intimité				
La disponibilité pour répondre à vos questions				
Que pensez-vous de la prise en charge médicale ?	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Un peu mécontent	Très mécontent
La disponibilité pour répondre à vos questions				
La clarté dans les explications				
Que pensez-vous des délais d'attente ?	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Un peu mécontent	Très mécontent
A votre arrivée				
Dans votre box				
III-Le confort				
Que pensez-vous des conditions de votre passage	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Un peu mécontent	Très mécontent
Confort/ propreté du service				

IV- La douleur/ Les soins			
	Un peu	beaucoup	Pas du tout
Prise en charge de la douleur			

VI- La préparation de votre sortie				
Avez-vous reçu suffisamment d'informations pour votre sortie ?	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Un peu mécontent	Très mécontent
Les traitements à prendre				
Les soins à poursuivre				

VII – En conclusion		
Si c'était à refaire, reviendriez-vous dans ce service ?	Oui	Non
Conseilleriez-vous à vos proches une prise en charge au service d'accueil médicalisé	Oui	Non
Si non, pourquoi ? :		

Avez-vous des remarques ou des suggestions ?