



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT

Votre avis nous fait progresser

Madame, Monsieur,

Vous êtes traité(e) dans notre Centre de Radiothérapie ou un proche d'un patient, nous vous serions très reconnaissants de remplir ce questionnaire de satisfaction qui vous est proposé au dos de la présente lettre. Si vous le désirez, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Dès que vous avez rempli ce questionnaire, nous vous invitons à le remettre dans l'urne située au secrétariat du 1er étage ou à l'équipe de manipulateur. Vos réponses seront prises en considération par la Direction et l'Équipe médicale. Elles nous permettront de travailler à l'amélioration de la qualité de nos services à l'égard de nos patients. Vous pouvez retrouver les résultats sur notre site internet : institut-andree-dutreix.fr

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées

La Direction et l'Équipe médicale

VOUS ÊTES :

Homme Femme

DATE DE DÉBUT DE TRAITEMENT :

NOM DE VOTRE ONCOLOGUE :



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION CLIENT

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (X) la case de votre choix :

TS = Très Satisfait, S = Satisfait, MS = Moyennement Satisfait, PS = Pas Satisfait et NC = Non Concerné

| Exprimez votre niveau de satisfaction concernant l'accueil | | TS | S | MS | PS | NC |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'accueil | L'accueil par les secrétaires est : | <input type="checkbox"/> |
| | L'accueil téléphonique est : | <input type="checkbox"/> |
| | L'équipe d'accueil était : | <input type="checkbox"/> |
| | - Aimable ? | <input type="checkbox"/> |
| | - Disponible ? | <input type="checkbox"/> |
| | - À votre écoute ? | <input type="checkbox"/> |
| Comment jugez-vous les soins dispensés aux cours de votre prise en charge ? | | | | | | |
| La qualité des soins | La qualité de votre prise en charge : | <input type="checkbox"/> |
| | Les équipes de soins (manipulateurs) étaient : | <input type="checkbox"/> |
| | - Aimable ? | <input type="checkbox"/> |
| | - Disponible ? | <input type="checkbox"/> |
| | - À votre écoute ? | <input type="checkbox"/> |
| Les équipes de soins (médecins) étaient : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | - Aimable ? | <input type="checkbox"/> |
| | - Disponible ? | <input type="checkbox"/> |
| | - À votre écoute ? | <input type="checkbox"/> |
| Que pensez-vous des informations qui vous ont été fournis lors de votre prise en charge : | | | | | | |
| L'information | Sur votre état de santé ? | <input type="checkbox"/> |
| | Vos traitements ? | <input type="checkbox"/> |
| | Sur les retards ou panne ? | <input type="checkbox"/> |
| | Sur la suite après le traitement ? | <input type="checkbox"/> |
| Que pensez-vous des supports d'information qui vous ont été donnés : | | | | | | |
| | Livret d'accueil | <input type="checkbox"/> |
| | Les supports d'information sur votre pathologie, la nutrition | <input type="checkbox"/> |
| La confidentialité et respect de l'intimité, la dignité | Estimez-vous que la confidentialité des informations vous concernant ait été préservée ? | <input type="checkbox"/> |
| | Que pensez-vous des précautions prises pour respecter votre intimité ? | <input type="checkbox"/> |
| L'hygiène | Que pensez-vous de la propreté des locaux ? | <input type="checkbox"/> |
| | Que pensez-vous du confort des équipements ? | <input type="checkbox"/> |
| Que pensez-vous des délais d'attentes : | | | | | | |
| Le délai de prise en charge | Au secrétariat | <input type="checkbox"/> |
| | Lors d'un appel | <input type="checkbox"/> |
| | D'obtention d'un rendez-vous | <input type="checkbox"/> |
| | Entre votre 1ère consultation et votre 1ère séance | <input type="checkbox"/> |

VOUS SOUHAITEZ ÊTRE RECONTACTÉ ? LAISSEZ NOUS VOS COORDONNÉES :

COMMENTAIRES :