

## Votre avis nous intéresse – Service des urgences

Soucieux de la **qualité** de votre prise en charge et de **vos** **satisfaction**, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire. Lors de votre sortie des urgences, vous pourrez déposer ce questionnaire dans la boîte « questionnaires de satisfaction », à l'accueil des urgences.

La Direction

Date :

Nom (facultatif) :

### Avez-vous été satisfait(e) ... :



Par l'accueil du secrétariat ?

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

Par l'accueil du personnel soignant ?

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

Du délai d'attente ?

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

**Etes-vous satisfait(e) de l'information délivrée sur le déroulement de votre prise en charge aux urgences ?**

Oui

Non

### Vous estimez-vous satisfait(e) de votre prise en charge :

Par le médecin ?

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

Par l'équipe soignante ?

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

Lors des examens ?

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

### Vous estimez-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur concernant :

Le délai d'évaluation ?

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

Le délai de traitement ?

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

### Commentaires ou suggestions

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.