







## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION Service des urgences

Afin d'améliorer continuellement la qualité de nos prises en charge, la direction vous invite à remplir ce questionnaire. Vous pourrez ainsi noter vos remarques et suggestions qui participeront à l'évolution de l'établissement pour ceux qui y seront admis demain.

Une fois rempli, merci de remettre ce questionnaire à un membre du personnel ou de le déposer dans la boîte prévue à cet effet.

A quel niveau de satisfaction situez-vous :

						Non concerné
Les conditions d'attente						
La prise en charge de la douleur						
L'information donnée par l'équipe paramédicale						
L'information donnée par le médecin						
La qualité des soins et de la prise en charge par l'équipe paramédicale						
La qualité de prise en charge par le médecin						
La qualité de l'accueil	Administratif					
	Soignant					
Globalement, votre passage aux urgences						

Commentaires ou suggestions :

---



---



---



---



---

**Date** : .....

Qui a rempli ce questionnaire ?  Patient  Entourage

Nom (facultatif) : ..... Prénom (facultatif) : .....

Adresse (facultatif) : .....

.....



## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

### Unité d'Hospitalisation de Courte Durée – U.H.C.D.

Afin d'améliorer continuellement la qualité de nos prises en charge, la direction vous invite à remplir ce questionnaire. Vous pourrez ainsi noter vos remarques et suggestions qui participeront à l'évolution de l'établissement pour ceux qui y seront admis demain.

Une fois rempli, merci de remettre ce questionnaire à un membre du personnel ou de le déposer dans la boîte prévue à cet effet.

A quel niveau de satisfaction situez-vous :

						Non concerné
Les conditions d'attente						
La prise en charge de la douleur						
L'information donnée par l'équipe paramédicale						
L'information donnée par le médecin						
La qualité des soins et de la prise en charge par l'équipe paramédicale						
La qualité de prise en charge par le médecin						
La qualité de l'accueil	Administratif					
	Soignant					
Le confort de la chambre						
La température de la chambre						
Le niveau sonore de la chambre						
La propreté de la chambre						
La collation donnée						
Globalement, votre passage aux urgences						

Commentaires ou suggestions :

---



---



---



---



---

**Date** : .....

Qui a rempli ce questionnaire ?  Patient     Entourage

Nom (facultatif) : ..... Prénom (facultatif) : .....

Adresse (facultatif) : .....

.....