

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Madame, Monsieur, Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire et de le déposer au secrétariat avant votre sortie.

Date de l'enquête

1 – IDENTIFICATION

1 - **Vous êtes :** Homme Femme

2 - **RDV pris par :** Vous-même Votre Médecin

3 - **TYPE D'EXAMEN :** Endocrinologie Cardiologie Digestif
 Lympho-scintigraphie Neurologie Ostéologie
 Pneumologie TEP Urologie

2 – ACCESSIBILITE AU SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE

1- **Avez-vous facilement trouvé la clinique ?** Oui Non Pas concerné
 2- **Avez-vous facilement trouvé la place pour vous garer ?** Oui Non Pas concerné

3– VOTRE ACCUEIL

1- **Votre niveau de satisfaction sur l'accueil lors du RDV téléphonique ?**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait	Pas concerné
Amabilité	<input type="checkbox"/>				
Ecoute	<input type="checkbox"/>				
Délai d'attente au téléphone	<input type="checkbox"/>				

2. **Quel est votre niveau de satisfaction sur l'accueil à votre arrivée :**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente à l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- **Quelle est votre satisfaction sur l'accueil au moment de votre d'examen**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente dans la salle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – PRISE EN CHARGE LORS DE L'EXAMEN

1. Lors de votre examen au CIMOF, quel est votre niveau de satisfaction sur ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait	Pas concerné
L'écoute et l'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>				
La qualité de la prise en charge par le personnel pendant votre examen	<input type="checkbox"/>				
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>				
Le respect de votre intimité/dignité	<input type="checkbox"/>				
Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				

5 – INFORMATION SUR VOTRE PRISE EN CHARGE

1. Quel est votre niveau de satisfaction sur ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
La clarté des informations données à l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données sur le déroulement de l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identification du personnel qui vous a pris en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 – REMISE DE VOS RESULTATS D'EXAMEN

2. Quel est votre niveau de satisfaction sur ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
La disponibilité et l'écoute du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions de remise de vos résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données sur les résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 – ENVIRONNEMENT DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Quel est votre niveau de satisfaction sur :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
La propreté et l'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort du mobilier et des équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 – VOTRE SATISFACTION GLOBALE

Sur l'appréciation globale du Centre de Médecine Nucléaire, vous êtes plutôt :

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pourquoi ? (Remarques, conseils, points à améliorer)

.....

.....

.....