

Votre avis est primordial, pensez à déposer
votre questionnaire de satisfaction
dans la boîte réservée à cet effet située dans la salle d'attente

Accueil

Avez-vous été satisfait de :

- l'accueil
- le délai de prise en charge

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

Locaux

Avez-vous été satisfait de :

- la facilité d'accès
- la propreté

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

Soins

➤ Médecin

Avez-vous été satisfait de :




- l'information sur votre état de santé
- l'amabilité
- la disponibilité
- la prise en charge de la douleur

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

➤ Equipe soignante

Avez-vous été satisfait de :

- de l'information concernant les soins dispensés
- l'amabilité
- l'efficacité
- la disponibilité

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

Organisation




Avez-vous été satisfait de :

- l'organisation de votre sortie
- les consignes qui vous ont été données

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

Avis général

Avez vous été satisfait de votre passage au service
des urgences de la Polyclinique de DEAUVILLE

-  = insuffisant
-  = moyen
-  = satisfaisant

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

Si vous le désirez, vous pouvez formuler vos

Commentaires au verso de ce formulaire

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

- ACCUEIL

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- ORGANISATION

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- SOINS (l'équipe médicale)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- SOINS (l'équipe soignante)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- LOCAUX

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- AVIS GENERAL

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom : Prénom : Date