

### Aidez-nous à mieux prendre soin de vous.

Merci de nous faire part de votre sentiment sur votre consultation en complétant ce questionnaire.

Votre avis ainsi que vos suggestions sont essentiels pour nous permettre d'améliorer la qualité de nos prises en charge.

La Direction

Age : 0-15  16-25  26-45  46-65  66-79  80 et plus

Sexe : Féminin  Masculin

Date de votre venue aux urgences

 /  / 

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas Satisfaisant	Non Adapté
Accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annonce du temps d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort des locaux d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information donnée à votre sortie :					
• Traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Suivi post-urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qu'auriez-vous souhaité avoir comme prestation pendant votre attente au sein de nos locaux ?

Film  Lecture  Actualités TV

Loisirs créatifs enfants

Autres, précisez :

## Comment avez-vous appris l'existence des urgences ?

Relations personnelles

Votre médecin

Information donnée par un autre établissement de soins,  lequel :

Internet

Autres, précisez :

Avez-vous obtenu cette information rapidement ? Oui  Non

## Appréciation générale de votre consultation

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu Satisfaisant  Pas satisfaisant

## Vos réclamations / vos remarques / vos suggestions :

Si vous souhaitez obtenir une réponse de la Direction à vos réclamations,  
Merci de nous laisser vos coordonnées :

Civilité : Madame  Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Pays :

Adresse e-mail :

**Ce questionnaire est à remettre dans l'urne dédiée à cet effet dans la salle d'attente du service. Merci de votre collaboration.**