



## AIDEZ-NOUS À PRENDRE SOIN DE VOUS !

Votre avis ainsi que vos suggestions sont essentiels pour nous permettre d'améliorer la qualité de nos prises en charge. Nous vous remercions de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire.

Date de venue : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Âge :  0-3  4-18  19-30  31-65  66 et plus

### L'ACCUEIL



#### Que pensez-vous ?

De l'accueil principal de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'orientation dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil administratif lors de votre arrivée aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du livret informatif de votre prise en charge aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA QUALITÉ DES SOINS MÉDICAUX

#### Comment jugez-vous ?

La qualité de la prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention réservée à vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination de vos soins et différents examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps d'attente compte tenu de votre état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A-t-on pris en compte votre avis avant tout acte médical ?  Oui  Non

### L'ACCÈS À L'INFORMATION

#### Que pensez-vous de :

L'identification des professionnels qui vous ont pris en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information transmise sur le temps d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information transmise en cas de prolongation du temps d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur les différents examens et soins prévus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur les résultats des examens réalisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations fournies à vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des consignes à suivre après votre passage aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Que pensez-vous de :**

- Du confort de la salle d'attente
- De la propreté de la salle d'attente
- Du confort des box de consultation
- De la propreté des box de consultation
- Des conditions d'attente

**Pendant votre attente, le personnel a-t-il été à l'écoute de vos besoins et/ou douleur ?**

- Oui  Non

**Combien de temps avez-vous attendu avant d'être vu par le médecin ?**

- Moins de 2 heures  
 Entre 2 et 4 heures  
 Plus de 4 heures

L'APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE VOTRE PASSAGE AUX URGENCES



Pourriez-vous noter votre passage aux urgences ?

/10

Quelle est la raison principale qui justifie votre notation ?

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

**Pourquoi avez-vous choisi le service des Urgences de l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild ?**

- Mon médecin traitant me l'a conseillé
- La réputation de l'Hôpital
- J'habite à proximité de l'Hôpital
- Un proche me l'a conseillé
- Je suis venu(e) en consultation à l'Hôpital
- Je n'ai pas eu le choix

**Vous vous êtes rendu(e) aux Urgences :**

- Par vos propres moyens
- Transporté(e) par le SAMU/Pompiers
- Par ambulance

**Recommanderiez-vous les Urgences ophtalmologiques de l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild à un proche ?**

- Oui  Non

**N'hésitez pas à partager avec nous vos remarques ou suggestions :**

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



**Merci pour le partage de votre expérience !**

Vos réponses seront prises en considération et nous permettrons de nous améliorer.

Vous pouvez déposer ce questionnaire dans l'urne dédiée à cet effet dans le service d'hospitalisation.

