

Votre avis nous intéresse

Service Chimiothérapie Ambulatoire

Date :

Nom du praticien :

Afin d'améliorer l'accueil et la qualité des soins, nous vous remercions de remplir ce questionnaire et de le déposer dans la boîte prévue à cet effet au bureau des sorties ou le remettre à l'infirmière du service.

1. Pourquoi avoir choisi L'Hôpital Privé de l'Aube ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> renommée du praticien | <input type="checkbox"/> séjour antérieur |
| <input type="checkbox"/> choix du médecin traitant | <input type="checkbox"/> conseil d'un proche ou d'un ami |
| <input type="checkbox"/> spécialités exercées dans l'établissement | <input type="checkbox"/> autre |

2. Comment avez-vous jugé les critères suivants :

- | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--------------------------------------|
| ◆ l'accès à la clinique est-il : | <input type="checkbox"/> très bien
indiqué | <input type="checkbox"/> suffisamment
indiqué | <input type="checkbox"/> insuffisamment
, indiqué | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| ◆ le stationnement est-il : | <input type="checkbox"/> très
satisfaisant | <input type="checkbox"/> satisfaisant | <input type="checkbox"/> insuffisant | <input type="checkbox"/> ne sait pas |

3. Comment avez-vous jugé l'accueil ?

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| ◆ au bureau des entrées : | <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> passable | <input type="checkbox"/> mauvais |
| ◆ dans le service de chimiothérapie ambulatoire : | <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> passable | <input type="checkbox"/> mauvais |

4. Les délais d'attente étaient-ils raisonnables ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Entre la consultation et l'admission dans le service | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Entre l'admission dans le service et le début du traitement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

5. Comment jugez-vous le service ?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| ◆ en terme de confort : | <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> passable | <input type="checkbox"/> mauvais |
| ◆ en terme de propreté : | <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> passable | <input type="checkbox"/> mauvais |



