

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

## PATIENT CHIMIOTHERAPIE

Afin d'améliorer nos services, nous vous remercions de nous aider en remplissant ce questionnaire. A déposer **dans la boîte aux lettres** prévue à cet effet **dans le service ou à l'accueil**.

Date du jour :	Votre oncologue :



Comment évaluez-vous les critères suivants :

Très Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Insatisfait
----------------	-----------	---------------	-------------

### ACCÈS ET ACCUEIL

Le stationnement aux abords de l'établissement



L'accès au service (signalétique, ...)

L'accueil dans le service de soins

### PRISE EN CHARGE

Le délai de prise en charge à l'arrivée dans le service de soins



L'écoute et la disponibilité du personnel soignant

La bienveillance du personnel soignant

Le respect de l'intimité et de la confidentialité

Les soins prodigues

La prise en compte de votre douleur

Le soulagement des effets indésirables liés au traitement (nausées, perte d'appétit, problèmes de transit...)

### LOCAUX (fauteuils, espaces des soins, espace familles...)



Le confort des locaux

La propreté des locaux

La tranquillité et l'atmosphère du lieu

### REPAS (cochez ce qui vous concerne)

La collation (Qualité, quantité, présentation)

Le repas froid (Qualité, quantité, présentation)

Le repas chaud (Qualité, quantité, présentation)

### SATISFACTION GÉNÉRALE



Votre impression générale sur votre prise en charge

### DIVERS

Recommanderiez-vous l'établissement ?

Oui

Non

Avez-vous rencontré des difficultés dans l'organisation de vos séances ?

Oui

Non

Merci d'avoir pris le temps de répondre.

N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques afin de nous améliorer :