

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT DISPOSITIF D'ANNONCE

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
----------------	-----------	---------------	-------------

CONSULTATION D'ANNONCE MEDICALE

L'accueil lors de la consultation médicale				
La manière dont l'annonce du diagnostic a été faite				
Les informations apportées concernant l'impact sur vos habitudes de vie (repas, sommeil...)				
Les informations apportées concernant le traitement et ses effets indésirables				
Le délai de prise en charge				
La prise en compte de votre avis sur le traitement				

CONSULTATION D'ANNONCE INFIRMIERE

L'information sur votre traitement (objectifs, effets secondaires, durée, modalités)				
La possibilité de poser vos questions				
Les réponses apportées à vos questions				
Le temps consacré à l'entretien				
L'attitude de l'infirmière lors de l'annonce				
Les informations concernant les soins de support				
Les informations remises dans le projet personnalisé de soins				
Le lieu de l'entretien				
SATISFACTION GÉNÉRALE				
La prise en charge de votre douleur				
Votre impression générale concernant le dispositif d'annonce				

Merci d'avoir pris le temps de répondre.

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