





















QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT DES SOINS EXTERNES

Afin d'améliorer nos services, nous vous remercions de nous aider en remplissant ce questionnaire et en le déposant dans la boîte aux lettres prévue à cet effet en salle d'attente ou à l'accueil.

Date du jour :



 Comment évaluez-vous les critères suivants :

	Très Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Insatisfait
AVANT VOTRE VENUE				
La clarté des informations délivrées				
Les informations concernant l'organisation de votre parcours				
ACCUEIL & RELATION AVEC LES PROFESSIONNELS				
L'accueil dans le respect et la bienveillance				
L'écoute des professionnels				
La prise en compte de votre avis dans les décisions concernant votre prise en charge				
COORDINATION ET CONTINUITÉ				
La communication entre les différents professionnels intervenant dans votre parcours				
ENVIRONNEMENT DES SOINS				
La propreté et le confort des locaux				
Le respect de votre intimité				
L'information des résultats ou du suivi à effectuer après votre venue				
RESSENTI GLOBAL				
Votre impression générale sur votre prise en charge				
Recommanderiez-vous l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

Merci d'avoir pris le temps de répondre.

N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques
Ce que vous avez apprécié et ce que nous pouvons améliorer :
