

# 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
<b>AVANT VOTRE VENUE</b>	😊	😊	😐	😢
La clarté des informations délivrées				
Les informations concernant l'organisation de votre parcours				
<b>ACCUEIL &amp; RELATION AVEC LES PROFESSIONNELS</b>	😊	😊	😐	😢
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				
<b>COORDINATION ET CONTINUITÉ</b>	😊	😊	😐	😢
La communication entre les différents professionnels intervenant dans votre parcours				
<b>ENVIRONNEMENT DES SOINS</b>	😊	😊	😐	😢
La propreté et le confort des locaux				
Le respect de votre intimité				
L'information des résultats ou du suivi à effectuer après votre venue				
<b>RESSENTI GLOBAL</b>	😊	😊	😐	😢
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 :