

Le Centre hospitalier de Pfastatt s'efforce d'améliorer la qualité de ses prestations. En remplissant ce questionnaire, vous participerez à améliorer le séjour de ceux qui demain feront appel aux services de l'établissement. Veuillez cocher la case correspondante à votre réponse (OUI - NON - Non Concerné).

Tous les questionnaires sont lus personnellement par le directeur et analysés avec les représentants des usagers en Commission Des Usagers (CDU)

Questionnaire rempli par le patient : ☐ seul ☐ avec une aide :
☐ d'un soignant ? ☐ d'un proche ?

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE

OUI NON Non
concerné

VOTRE CONSULTATION

Votre consultation :

- Centre de Soins Non Programmés ☐ ☐
- Radiologie ☐ ☐
- Néphrologie ☐ ☐
- Addictologie ☐ ☐
- Hôpital de jour de Gériatrie ☐ ☐

Comment avez-vous été informé(e) des consultations ou des examens dont vous pouvez bénéficier au Centre hospitalier de Pfastatt ?

- Par votre médecin traitant ? ☐ ☐
- Par vos proches ? ☐ ☐
- Par le site internet du centre hospitalier de Pfastatt ? ☐ ☐
- Autre, préciser : ☐ ☐

Êtes-vous satisfait(e) de l'accessibilité de l'hôpital (parking, bus, garage à vélo...) ? ☐ ☐

L'ACCUEIL

OUI NON NC

Êtes-vous satisfait(e) du délai de rendez-vous ? ☐ ☐ ☐

Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu ? ☐ ☐ ☐

- lors de prise de rendez-vous (par téléphone ou sur place) ? ☐ ☐ ☐

- lors de votre venue en consultation ? ☐ ☐ ☐

Êtes-vous satisfait(e) des informations reçues pour préparer votre consultation :

- informations sur les documents administratifs à présenter et le paiement (document d'identité, carte vitale, moyens de paiement...) ? ☐ ☐ ☐

- informations sur les documents utiles pour le bon déroulement de votre consultation ? ☐ ☐ ☐

Êtes-vous satisfait(e) de la signalisation à l'intérieur de l'établissement pour vous guider en consultation ? ☐ ☐

EN SALLE D'ATTENTE

OUI NON NC

Êtes-vous satisfait(e) du confort de la salle d'attente (mobilier, température, état des locaux...) ? ☐ ☐

Êtes-vous satisfait(e) du respect des horaires de votre rendez-vous ? ☐ ☐ ☐

Remarques et/ou suggestions :

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE

**OUI NON Non
concerné**

LES SOINS

Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge par l'infirmier(e) ?	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge par le médecin ?	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge par la manipulatrice en radiologie ?	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) du respect de la confidentialité lors des échanges ?	☐	☐	
Êtes-vous satisfait(e) du respect de votre intimité ?	☐	☐	
Est-ce qu'une prise en charge vous a été proposée pour soulager votre douleur ?	☐	☐	☐

FIN DE LA CONSULTATION/L'EXAMEN

OUI NON NC

Êtes-vous satisfait(e) des informations données pour assurer la continuité de vos soins (nécessité éventuelle d'un nouveau rendez-vous, compte-rendu d'examen à récupérer...) ?	☐	☐	
Êtes-vous satisfait(e) des informations reçues sur les délais et conditions de retrait des images radio ?	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) des informations reçues sur les frais à régler suite à votre consultation/examen ?	☐	☐	

APPRÉCIATION GÉNÉRALE

OUI NON NC

Êtes-vous satisfait(e) de l'hygiène des locaux (couloirs, salle d'attente, accueil, salle de soins...) ?	☐	☐	
Dans l'ensemble, de votre prise de rendez-vous à votre sortie, êtes-vous satisfait(e) de votre consultation ?	☐	☐	
Recommanderiez-vous notre établissement à votre famille, vos proches ?	☐	☐	

Remarques et/ou suggestions :

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

Date de votre consultation ou de votre examen : ____ / ____ / 20__

Renseignements **facultatifs** :

Nom : Prénom :

.....

Adresse complète :

.....

 ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Vous pouvez :

- Soit remettre le questionnaire rempli au secrétariat du service,
- Soit le déposer à l'accueil de l'hôpital (service Accueil-Admissions)
- Soit l'adresser directement à :

Monsieur le directeur du Centre hospitalier de Pfastatt 1 rue Henri Haeffely 68120 PFASTATT

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE RÉPONDRE À CE QUESTIONNAIRE