



## Questionnaire de satisfaction Service des urgences Votre avis nous intéresse

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Soucieux de la qualité de votre prise en charge et de votre satisfaction, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire. Vos réponses nous permettront d'envisager les futurs axes d'amélioration du service.

La Direction

Date de passage aux urgences : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom (facultatif) :

Vous répondez au questionnaire en tant que :

Patient

Accompagnant

Qui vous a orienté vers le service des urgences :

Votre médecin traitant

SAMU

Vous/ami/famille

Autres professionnels de santé (pompiers, IDE libérale, Ambulanciers...)

### VOTRE ARRIVÉE, L'ACCUEIL ET LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

Vous avez été reçu(e) par  un(e) infirmier(e)  un agent administratif  un(e) aide-soignant(e)  
 autre /ne sait pas

#### Comment jugez vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Le délai d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Vous a-t-on :

	oui	non
Demandé votre motif de venue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informé des délais d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expliqué le déroulement de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t- on évalué votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### L'ATTENTE

#### Précisez la durée de l'attente avant la prise en charge médicale:

< 30 min

entre 30 et 60 min

entre 60 et 120 min

> 120 min

#### Comment avez -vous trouvé :

	Très acceptable	Acceptable	Peu acceptable	Pas du tout acceptable
Le délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur les raisons de l'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**CENTRE HOSPITALIER DE SENS**  
1 Avenue Pierre de Coubertin  
89108 SENS CEDEX  
[www.ch-sens.fr](http://www.ch-sens.fr)



**Après votre prise en charge, comment jugez vous l'attente pour des examens complémentaires et/ou l'avis d'un spécialiste ?**

	Très acceptable	Acceptable	Peu acceptable	Pas du tout acceptable
Le délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur les raisons de l'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET PARAMEDICALE

**Avez-vous été satisfait(e) :**

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas satisfait(e)
De la prise en charge aide soignant/infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité et de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des conditions d'hygiène :				
Au niveau des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au niveau des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IMPRESSION GENERALE

Sur une échelle de 1 à 10 (**1 étant le niveau le plus faible**) quel est le niveau d'appréciation de votre prise en charge ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Merci d'entourer votre réponse.

### Commentaires ou suggestions

Une fois le questionnaire renseigné vous pouvez :

- Le remettre à l'accueil ou à l'un des membres de l'équipe,
  - Ou le renvoyer par courrier ( Services des urgences – Centre Hospitalier de Sens – 89108 Sens Cedex),
- Le questionnaire est également disponible en ligne sur le site internet de l'Hôpital sur la page du service des Urgences : [www.ch-sens.fr](http://www.ch-sens.fr)

### MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

En vertu de la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement aux données recueillies..

