
	Version n°1	
	Date d'application	06/2022
CONSULTATIONS ET IMAGERIE MEDICALE		Page
Thème : Administratif Sous-Thème : Qualité		1/1
Codification :	ADMic/016	
Mots clés :	Enquête, satisfaction, consultations, imagerie médicale	
		Date de révision
		06/2027

	Version n°1	
	Date d'application	06/2022
Votre avis nous intéresse		Page
CONSULTATIONS ET IMAGERIE MEDICALE		1/1
Thème : Administratif Sous-Thème : Qualité		
Codification :	ADMic/016	
Mots clés :	Enquête, satisfaction, consultations, imagerie médicale	
		Date de révision
		06/2027

Merci de cocher au stylo, une seule case (E) par question (à déposer à l'accueil dans l'urne prévue à cet effet).

1/Notre consultation et / ou examen :

- Vous êtes venus en consultation de :**
- Consultation de médecine générale non programmée Cardiologie Pose hotter Douleurs Pédiatrie Gynécologie
 Mémoire ORL Audiométrie Dermatologie Verrues Diabétologie-endocrinologie Gastro-entérologie
 Evaluation gérontologique Chirurgie orthopédique Psychologie Diététique Non concerné
- Vous êtes venus en imagerie médicale pour :**
- Une radiologie Un panoramique dentaire Une ostéodensitométrie Une échographie Une mammographie
 Non concerné

2/L'accueil lors de votre visite

Lors de votre prise de rendez-vous (téléphonique ou sur place)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalétique pour vous guider à l'intérieur de l'établissement pour vous guider en consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations pour préparer votre consultation : sur les documents administratifs à présenter, le paiement (document identité, carte vitale, mutuelle, tarifs, modalités de paiement...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur les documents utiles pour le bon déroulement de votre consultation (résultats d'examen biologie, radiologie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/Les locaux						
Le confort des salles d'attentes (chaises, température...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'hygiène des locaux (couloirs, salles d'attente, accueil, salle de soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/Notre consultation						
Le respect des horaires de votre rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contact avec les équipes soignantes (amabilité, disponibilité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données par le médecin lors de votre consultation, examen (sur ce que l'on va me faire, ce que j'ai)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre personne (confort, dignité, intimité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/En général :						
Dans l'ensemble, de votre prise de rendez-vous à votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recommanderiez-vous notre établissement à votre famille, à vos proches : OUI NON

Commentaires, suggestions, observations

Merci de cocher au stylo, une seule case (E) par question (à déposer à l'accueil dans l'urne prévue à cet effet).

1/Notre consultation et / ou examen :

- Vous êtes venus en consultation de :**
- Consultation de médecine générale non programmée Cardiologie Pose hotter Douleurs Pédiatrie Gynécologie
 Mémoire ORL Audiométrie Dermatologie Verrues Diabétologie-endocrinologie Gastro-entérologie
 Evaluation gérontologique Chirurgie orthopédique Psychologie Diététique Non concerné
- Vous êtes venus en imagerie médicale pour :**
- Une radiologie Un panoramique dentaire Une ostéodensitométrie Une échographie Une mammographie
 Non concerné

2/L'accueil lors de votre visite

Lors de votre prise de rendez-vous (téléphonique ou sur place)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalétique pour vous guider à l'intérieur de l'établissement pour vous guider en consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations pour préparer votre consultation : sur les documents administratifs à présenter, le paiement (document identité, carte vitale, mutuelle, tarifs, modalités de paiement...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur les documents utiles pour le bon déroulement de votre consultation (résultats d'examen biologie, radiologie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/Les locaux						
Le confort des salles d'attentes (chaises, température...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'hygiène des locaux (couloirs, salles d'attente, accueil, salle de soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/Notre consultation						
Le respect des horaires de votre rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contact avec les équipes soignantes (amabilité, disponibilité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données par le médecin lors de votre consultation, examen (sur ce que l'on va me faire, ce que j'ai)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre personne (confort, dignité, intimité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/En général :						
Dans l'ensemble, de votre prise de rendez-vous à votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recommanderiez-vous notre établissement à votre famille, à vos proches : OUI NON

Commentaires, suggestions, observations

Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à ce questionnaire. Vous pouvez le déposer dans l'urne à l'accueil prévue à cet effet ou l'adresser par courrier à : Service qualité CH BERTINOT JUE., 34, bis rue Pierre Budh, 60240-CH-Saumont-en-Verth

Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à ce questionnaire. Vous pouvez le déposer dans l'urne à l'accueil prévue à cet effet ou l'adresser par courrier à : Service qualité CH BERTINOT JUE., 34, bis rue Pierre Budh, 60240-CH-Saumont-en-Verth