



Content, pas content ? Faites-le nous savoir !



Date :

Quel est le service concerné ?

1. Etes-vous satisfait : *(cochez votre réponse)*



Oui



Non

De l'accueil *(merci de préciser si besoin l'accueil concerné)*

☐☐

Des locaux (propreté, aménagement ...)

☐☐

Des informations et explications qui vous ont été données

☐☐

De la prise en compte de la confidentialité

☐☐

De l'identification des professionnels

☐☐

Du délai d'attente

☐☐

Des soins

☐☐

2. Etes-vous ?

- ☐ Un patient se présentant aux urgences
- ☐ Un patient hospitalisé / résident
- ☐ Un patient en hospitalisation de jour ou ambulatoire
- ☐ Un patient venant en consultation externe
- ☐ Un visiteur
- ☐ Autre :

3. Avez-vous rencontré des difficultés ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, quelle en est la nature ?

.....

.....

.....

4. Vos remarques, vos suggestions, votre appréciation d'ensemble :

.....

.....

.....

.....



Content, pas content ? Faites-le nous savoir !



Date :

Quel est le service concerné ?

1. Etes-vous satisfait : *(cochez votre réponse)*



Oui



Non

De l'accueil *(merci de préciser si besoin l'accueil concerné)*

☐☐

Des locaux (propreté, aménagement ...)

☐☐

Des informations et explications qui vous ont été données

☐☐

De la prise en compte de la confidentialité

☐☐

De l'identification des professionnels

☐☐

Du délai d'attente

☐☐

Des soins

☐☐

2. Etes-vous ?

- ☐ Un patient se présentant aux urgences
- ☐ Un patient hospitalisé / résident
- ☐ Un patient en hospitalisation de jour ou ambulatoire
- ☐ Un patient venant en consultation externe
- ☐ Un visiteur
- ☐ Autre :

3. Avez-vous rencontré des difficultés ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, quelle en est la nature ?

.....

.....

.....

4. Vos remarques, vos suggestions, votre appréciation d'ensemble :

.....

.....

.....

.....