

# Votre avis est essentiel

**Participez à notre démarche d'amélioration des pratiques en nous faisant part de vos appréciations.**

Nous y porterons une attention particulière. Le questionnaire étant numérisé, veuillez cocher ou noircir l'INTERIEUR des cercles et le déposer dans la boîte aux lettres du bureau des sorties.

**Votre prise en charge relève de :**  Urgences  Orthopédie  SOS Dos  
(Trauma osseux, musculaire, ...)

## Comment jugez-vous ... ?

l' <b>ACCUEIL</b> au service des urgences par les soignants	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
les <b>DELAIS D'ATTENTE</b> avant cet accueil	<input type="radio"/> Corrects		<input type="radio"/> Trop longs	
l' <b>ATTENTION</b> du personnel soignant	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
la qualité des <b>SOINS</b> prodigués par le personnel infirmier	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
le respect de votre <b>INTIMITE</b>	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
le respect de la <b>CONFIDENTIALITE</b> de vos informations	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
la <b>DISPONIBILITE</b> du <b>MEDECIN</b>	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
la qualité de sa <b>PRISE EN CHARGE</b>	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
la qualité des <b>INFORMATIONS</b> données par le médecin	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
le <b>SOULAGEMENT</b> de votre <b>DOULEUR</b>	<input type="radio"/> Soulagé	<input type="radio"/> En cours de soulagement	<input type="radio"/> Pas soulagé	
les <b>DELAIS D'ATTENTE</b> en radiologie	<input type="radio"/> Corrects		<input type="radio"/> Trop longs	
la <b>PROPRETE</b> des locaux internes des urgences	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
l' <b>ACCUEIL</b> au bureau des sorties	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
les <b>DELAIS D'ATTENTE</b> avant prise en charge par la secrétaire	<input type="radio"/> Corrects		<input type="radio"/> Trop longs	
<b>vosre PRISE EN CHARGE GLOBALE</b> par notre service	<input type="radio"/> Excellent	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvais
Conseilleriez-vous notre service des urgences à vos proches ?	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non	

Vous avez choisi notre service des urgences suite :

aux conseils d'un médecin  aux conseils d'un proche  à la notoriété de l'établissement  proximité de votre domicile

**Votre nom :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**E-mail :** \_\_\_\_\_

**Code postal :**

(Si vous ne souhaitez pas recevoir les actualités du Pôle Santé Saint Jean, cochez  )

**Commentaires :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**L'équipe des Urgences vous remercie.**