

Afin d'améliorer la qualité de nos prestations, nous avons besoin de votre avis. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire qui restera anonyme. Merci pour votre participation.

*Vous avez la possibilité de le déposer dans l'urne à l'entrée du service
ou de le renvoyer à : Centre Hospitalier de La Chatre
Responsable Qualité
40 rue des oiseaux
36400 LA CHATRE*

Avez-vous trouvé facilement la Permanence des Soins ? :

- Oui Non

Le temps d'attente vous a-t-il semblé :

- Très satisfaisant Satisfaisant
 Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

L'information que vous avez reçue concernant les soins (pansements, ...), les traitements et les examens qui vous ont été prodigués vous a-t-elle semblée :

- Très satisfaisante Satisfaisante
 Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

La prise en charge médicale vous a-t-elle semblée :

- Très satisfaisante Satisfaisante
 Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

La prise en charge para-médicale (Infirmier(e), Aide-Soignant) vous a-t-elle semblée :

- Très satisfaisante Satisfaisante
 Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

La prise en charge administrative vous a-t-elle semblée :

- Très satisfaisante Satisfaisante
 Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

A-t-on respecté votre intimité (consultation porte fermée, ...)

- Oui Non

Si vous aviez mal, a-t-on soulagé votre douleur ? :

- Oui Non

L'information quant à votre sortie était-elle claire ?

- Oui Non

VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS