Le Centre hospitalier de Pfastatt s'efforce d'améliorer la qualité de ses prestations. En remplissant ce questionnaire, vous participerez à améliorer le séjour de ceux qui demain feront appel aux services de l'établissement. Veuillez cocher la case correspondante à votre réponse (OUI - NON - Non Concerné).

Tous les questionnaires sont lus personnellement par le directeur et analysés avec les représentants des usagers en Commission Des Usagers (CDU)

Questionnaire rempli par le patient : ☐ seul ☐ avec une aide : ○ d'un soignant ? ○ d'un proche ?

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE	OUI	NON	Non concerné
VOTRE CONSULTATION			
Votre consultation :			
- Centre de Soins Non Programmés……	☐	☐	
- Radiologie ……	☐	☐	
- Néphrologie ……	☐	☐	
- Pneumologie ……	☐	☐	
- Addictologie ……	☐	☐	
- Hôpital de jour de Gériatrie ……	☐	☐	
Comment avez-vous été informé(e) des consultations ou des examens dont vous pouvez bénéficier au Centre hospitalier de Pfastatt ?			
- Par votre médecin traitant ? ……	☐	☐	
- Par vos proches ? ……	☐	☐	
- Par le site internet du centre hospitalier de Pfastatt ? ……	☐	☐	
- Autre, préciser : ……	☐	☐	
……			
Êtes-vous satisfait(e) de l'accessibilité de l'hôpital (parking, bus, garage à vélo…) ?	☐	☐	
L'ACCUEIL			
Êtes-vous satisfait(e) du délai de rendez-vous ? ……	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu ?			
- Lors de prise de rendez-vous (par téléphone ou sur place) ? ……	☐	☐	☐
- Lors de votre venue en consultation ? ……	☐	☐	
Êtes-vous satisfait(e) des informations reçues pour préparer votre consultation :			
- Informations sur les documents administratifs à présenter et le paiement (document d'identité, carte vitale, moyens de paiement…) ? ……	☐	☐	☐
- Informations sur les documents utiles pour le bon déroulement de votre consultation ? ……	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) de la signalisation à l'intérieur de l'établissement pour vous guider en consultation ? ……	☐	☐	
EN SALLE D'ATTENTE			
Êtes-vous satisfait(e) du confort de la salle d'attente (mobilier, température, état des locaux…) ? ……	☐	☐	
Êtes-vous satisfait(e) du respect des horaires de votre rendez-vous ? ……	☐	☐	☐

Remarques et/ou suggestions :

CE DOCUMENT EST LA PROPRIETE EXCLUSIVE DU CENTRE HOSPITALIER DE PFASTATT
TOUTE REPRODUCTION PARTIELLE OU COMPLETE EST INTERDITE SAUF AUTORISATION ECRITE DE LA DIRECTION

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE	OUI	NON	Non concerné
LES SOINS			
Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge par l'infirmier(e) ?	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge par le médecin ?	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge par le (la) manipulateur(trice) radio ?	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) du respect de la confidentialité lors des échanges ?	☐	☐	
Êtes-vous satisfait(e) du respect de votre intimité ?	☐	☐	
Est-ce qu'une prise en charge vous a été proposée pour soulager votre douleur ?	☐	☐	☐
FIN DE LA CONSULTATION/L'EXAMEN			
Êtes-vous satisfait(e) des informations données pour assurer la continuité de vos soins (Nécessité éventuelle d'un nouveau rendez-vous, compte-rendu d'examen à récupérer…) ?	☐	☐	
Êtes-vous satisfait(e) des informations reçues sur les délais et conditions de retrait des images radio ?	☐	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) des informations reçues sur les frais à régler suite à votre consultation/examen ?	☐	☐	
APPRÉCIATION GÉNÉRALE			
Êtes-vous satisfait(e) de l'hygiène des locaux (couloirs, salle d'attente, accueil, salle de soins…) ?	☐	☐	
Dans l'ensemble, de votre prise de rendez-vous à votre sortie, êtes-vous satisfait(e) de votre consultation ?	☐	☐	
Recommanderiez-vous notre établissement à votre famille, vos proches ?	☐	☐	

Remarques et/ou suggestions :

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

Date de votre consultation ou de votre examen : __ __ / __ __ / 20__ __

Renseignements **facultatifs** :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

☎ __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __

Vous pouvez :

- *Soit remettre le questionnaire rempli au secrétariat du service,*
- *Soit le déposer à l'accueil de l'hôpital (service Accueil-Admissions)*
- *Soit l'adresser directement à :*

Monsieur le directeur du Centre hospitalier de Pfastatt 1 rue Henri Haeffely 68120 PFASTATT

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE RÉPONDRE À CE QUESTIONNAIRE

CE DOCUMENT EST LA PROPRIETE EXCLUSIVE DU CENTRE HOSPITALIER DE PFASTATT
TOUTE REPRODUCTION PARTIELLE OU COMPLETE EST INTERDITE SAUF AUTORISATION ECRITE DE LA DIRECTION