

# ENQUETE DE SATISFACTION SERVICE DES URGENCES

Enquête réalisée - Année 2022

**Vous avez été admis dans le service des urgences. Votre avis nous intéresse.**

Nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire en cochant les cases correspondantes

Une évaluation des résultats permettra d'améliorer les prestations du Service des Urgences.

## Votre arrivée / l'accueil

Qui vous a orienté vers les urgences ?

- Médecin traitant  
 Autre professionnel de santé  
 Votre entourage, / famille  
 De votre propre initiative

Avez-vous eu des difficultés pour trouver les urgences  Oui  Non

Quel est votre niveau de satisfaction concernant l'accueil qui vous a été réservé ?

				
La qualité de l'accueil (courtoisie, serviabilité ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les formalités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations délivrées, notamment sur le temps d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort de la salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez la durée de l'attente avant la prise en charge :

- < 30 min  
 entre 30 et 60 min  
 entre 60 et 120 min  
 > 120 min

				
Comment jugez-vous ce délai d'attente ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merci de tourner la page



# Votre prise en charge médicale et paramédicale

Avez-vous été satisfait(e) :

				
De la prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge paramédicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des conditions d'hygiène lors de vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité et de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations fournies à vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## En cas d'hospitalisation

Ne répondre aux questions suivantes, uniquement si vous allez être hospitalisé(e)

Vous a-t-on proposé de prévenir un membre de votre famille ?  Oui  Non

Quel a été le délai d'attente avant le départ du service des urgences ?

- <30 min  de 60 à 120 min  
 de 30 à 60 min  >120 min

				
Comment jugez-vous ce délai d'attente ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Votre sortie

Comment jugez-vous :

				
la clarté des consignes à suivre (traitement, soins) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les informations transmises concernant votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Votre appréciation globale

Notez votre satisfaction de 1 à 5  
(1 = insatisfait ; 5 : excellent)

					
Quelle note donneriez vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auriez-vous des suggestions pour nous améliorer ?

*Nous vous remercions de votre participation*

