



Enquête de satisfaction

Imagerie Médicale

Enquête réalisée en 2023

Vous avez un rendez-vous en imagerie médicale. 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 d'imagerie médicale.

1. Vous concernant

Votre sexe :

Féminin

Masculin

Votre âge : Moins de 20 ans

Entre 21 et 49 ans

Entre 50 et 69 ans

Plus de 70 ans

Est-ce votre premier examen dans ce service ? Oui

Non

Quel type d'examen ?

IRM

Radiologie

Echographie

Scanner

Infiltration

Coloscanner

Autre

Si 'Autre' précisez :

Prise de Rendez :

Votre 1er contact avec le service d'imagerie :

Oui

Non

Avez-vous pris RDV par téléphone ?

Pour ce RDV, avez-vous appelé le Centre Hospitalier ?

Avez-vous eu des difficultés à joindre le secrétariat ?

Avez-vous été satisfait de l'accueil téléphonique ?

Le délai d'obtention de votre RDV est-il correct ?

Quel type est votre RDV ?

Public

Privé

Merci de tourner la page



Accueil dans le service d'imagerie médicale

Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de l'accueil qui vous a été réservé ?



Circuit et information administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil assuré par les personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions d'attente : espace, siège, revues, propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La confidentialité vous semble t'elle respectée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déroulement de l'examen

Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de votre prise en charge lors de votre examen ?



Conditions matérielles confort, propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions de prise en charge : gestion douleur, stress ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations et consignes pendant l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de l'intimité et des règles de confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été globalement satisfait de votre prise en charge par le personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Après l'examen

Informations administratives et suites

Pas du tout satisfait

Plutôt pas satisfait

Plutôt satisfait

Tout à fait satisfait

Votre compte-rendu d'examen :

Oui

Non

Avez-vous eu un compte rendu oral par le médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes -vous reparti avec votre compte rendu d'examen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre satisfaction globale

Notez votre satisfaction de 1 à 5



Quel note donneriez vous ? (1 : insatisfait - 5 : excellent)	<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

