

ENQUETE DE SATISFACTION SERVICE DES URGENCES

Enquête réalisée - Année 2023

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 ?

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)

					
Quel 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

