

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SERVICE DES URGENCES

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis(e) dans le **service des urgences** de l'Hôpital Lozère. Afin d'améliorer la qualité de nos prises en charge et de satisfaire au mieux les besoins de nos patients, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Vous pouvez le glisser dans l'urne à l'accueil ou le remettre à un professionnel du service. Ce questionnaire est couvert par le secret professionnel et reste **confidentiel**.

La Direction

IDENTIFICATION (données facultatives)

Service :

Date : / /

- Urgences
- UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée)

Nom, Prénom du patient :

Age :

Sexe : Homme Femme

Adresse :



Très satisfait(e)



Plutôt satisfait(e)



Plutôt insatisfait(e)



Très insatisfait(e)

Pour les questions suivantes, veuillez cocher UNE seule case.

Niveau de satisfaction					Ne se prononce pas
VOTRE ARRIVEE / L'ACCUEIL					
Etes-vous venu (e) ? <i>(2 cases sont à cocher)</i>	<input type="checkbox"/> En semaine <input type="checkbox"/> De jour	<input type="checkbox"/> Le weekend <input type="checkbox"/> De nuit	<input type="checkbox"/> Un jour férié		
Qui vous a orienté vers les urgences ?	<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre professionnels de santé <input type="checkbox"/> Vous/Famille				
Vous vous êtes rendu aux urgences ?	<input type="checkbox"/> Par vos propres moyens <input type="checkbox"/> En ambulance <input type="checkbox"/> Ami/Proche <input type="checkbox"/> Autre:				
Avez-vous eu des difficultés pour trouver les urgences ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Avez-vous été satisfait de l'accueil aux urgences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
-Demandé le motif de votre venue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
-Expliqué le déroulement de la prise en charge	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
-Informé du délai d'attente :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

L'ATTENTE

Avez-vous été satisfait de la salle d'attente ?	Très acceptable <input type="checkbox"/>	Acceptable <input type="checkbox"/>	Peu acceptable <input type="checkbox"/>	Pas du tout acceptable <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez la durée de l'attente <u>avant</u> la prise en charge :	<input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> > 120 min	<input type="checkbox"/> entre 30 et 60 min	<input type="checkbox"/> entre 60 et 120 min		
Comment jugez-vous ce délai d'attente ?	Très acceptable <input type="checkbox"/>	Acceptable <input type="checkbox"/>	Peu acceptable <input type="checkbox"/>	Pas du tout acceptable <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Après</u> avoir été pris(e) en charge et compte tenu de votre état de santé et des circonstances, comment jugez-vous le temps d'attente pour des examens complémentaires et/ou la consultation avec un spécialiste ?	Très acceptable <input type="checkbox"/>	Acceptable <input type="checkbox"/>	Peu acceptable <input type="checkbox"/>	Pas du tout acceptable <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si une hospitalisation a été décidée, veuillez répondre aux questions suivantes :</i>					
Quel a été le délai d'attente avant le départ des urgences ?	<input type="checkbox"/> Moins de 2h	<input type="checkbox"/> Entre 2h et 6h	<input type="checkbox"/> Entre 6h et 12h	<input type="checkbox"/> Plus de 12 h	
Comment jugez-vous ce temps d'attente ?	Très acceptable <input type="checkbox"/>	Acceptable <input type="checkbox"/>	Peu acceptable <input type="checkbox"/>	Pas du tout acceptable <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE

Avez-vous été satisfait(e) :					
- De la prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
- De la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
- Des conditions d'hygiène :					
Au niveau des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au niveau des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPRESSION GENERALE

Pour cette question, entourer le niveau de satisfaction.

Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau d'appréciation de l'ensemble de votre prise en charge au sein de l'établissement (1 étant le niveau le plus faible).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Si vous deviez revenir aux urgences, choisiriez-vous notre établissement ?

Oui

Non

NSP

Observations :

.....

.....

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

En vertu de la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement aux données recueillies.