



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION • CHIMIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE

Afin d'apporter votre concours à l'amélioration constante de la qualité de nos prestations, nous vous remercions de prendre quelques instants avec votre entourage pour remplir ce questionnaire et le remettre à l'infirmière.

- = Très Satisfait(e)
- = Satisfait(e)
- = Peu satisfait(e)
- = Insatisfait(e)

Etes-vous satisfait(e) :

DE VOTRE ACCUEIL À VOTRE ARRIVÉE :

- par le personnel du service de soins.....
- de l'attente avant prise en charge par l'équipe soignante.....
- de la facilité à identifier la fonction de vos interlocuteurs (médecins, infirmiers, etc.).....



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DE L'INFORMATION DONNÉE :

- de la clarté des informations pour préparer votre cure.....
- de la clarté des informations lors de la consultation d'accompagnement soignante (non concerné).....
- de la clarté des informations que vous avez reçues de votre médecin.....
- de la clarté des informations que vous avez reçues de l'équipe soignante.....
- de la clarté des informations concernant vos traitements (dont effets indésirables).....
- de la recherche de votre participation aux décisions concernant votre traitement.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DES SOINS :

- de la prise en charge de votre douleur (non concerné, pas de douleur).....
- de la prise en charge des autres inconforts liés à la maladie ou aux traitements (non concerné).....
- de la prise en compte de votre souffrance morale.....
- du respect de votre dignité et de votre intimité.....
- du respect de la confidentialité.....
- de la qualité globale des soins infirmiers.....
- de la qualité globale de la prise en charge médicale.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DU PERSONNEL :

- de la disponibilité et de l'écoute des médecins.....
- de la disponibilité et de l'écoute de l'équipe soignante.....
- de la disponibilité et de l'écoute des secrétaires médicales.....
- de l'amabilité et de la convivialité du personnel d'entretien.....
- de l'amabilité et de la convivialité du personnel d'accueil.....
- de l'attention portée à votre entourage.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DU CONFORT HÔTELIER : Box Salle commune Chambre Espace

- du respect de vos préférences sur le secteur (box, chambre, espace) (pas de préférences).....
- du confort.....
- de la température.....
- de la propreté.....
- du calme dans le service.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DE VOTRE SORTIE :

- de la clarté des informations données sur le traitement & soins à poursuivre à domicile.....
- de la clarté des informations sur les signes & complications devant vous amener à nous recontacter.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous deviez donner une note de 1 à 10 à notre centre :

Suggestions pour améliorer la qualité du séjour :

.....

.....

.....

.....

.....

Informations facultatives : Vos nom et prénom :

Vos coordonnées :

Votre email :

Date de la cure :