



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

« Votre avis compte »

Madame, Monsieur,

Dans un souci d'amélioration de nos prestations et de la qualité du service rendu, il est important pour nous de connaître votre avis suite à votre passage dans l'unité de consultation Handiconsult34. Pour cela, **nous vous invitons à remplir ce questionnaire anonyme** et à le déposer au secrétariat du service, ou à nous le renvoyer par voie postale ou courriel Handiconsult34@propara.fr. Vous pouvez le télécharger sur le site www.handiconsult34.fr.

Votre consultation

La personne qui remplit ce questionnaire est :

- La personne venue en consultation
- La personne qui l'accompagnait lors de la consultation
- Une autre personne

Si vous n'êtes pas la personne venue elle-même en consultation, vous êtes :

- Son représentant légal (parent, tuteur)
- Un aidant familial ou un proche
- Un autre professionnel de santé
- Autre personne chargée de sa protection (curateur...)
- Aidant professionnel (AVS, AES, AMP, aide-soignant...)
- Autre, préciser :

Vous êtes venu(e) le : /___/___/_____/

Vous venez : Pour la première fois

Vous étiez déjà venu(e)

En consultation : Dentaire

Ophtalmologie

Gynécologie - obstétrique

Radiologie / ostéodensitométrie

ORL

Echographie

Comment avez-vous connu HandiConsult34 :

- Médecin traitant ou dentiste traitant ou sage-femme traitante
- Autre médecin ou dentiste ou sage-femme
- Un aidant familial ou un proche
- Par Internet
- Autre
- Lors d'une hospitalisation au centre PROPARA
- Par un service / établissement médico-social

Votre avis sur l'organisation de votre rendez-vous et l'accueil (cocher une case par ligne)

↓ Non concerné

La facilité pour nous joindre au téléphone					
Le délai de réponse ou de rappel au téléphone					
L'accueil téléphonique (amabilité, clarté...)					
Le délai de programmation de votre rendez-vous					
L'information sur les documents à apporter pour la consultation					



↓ Ne se prononce pas

L'accès au Centre PROPARA et/ou à notre parking					
La signalisation pour l'accès à nos locaux depuis le parking					
La signalisation à l'intérieur de l'unité de consultation					
Votre accueil par le personnel du secrétariat					
Votre accueil par le personnel soignant de l'unité de consultation					
Votre accueil par les praticiens de l'unité de consultation					
Délais d'attente au secrétariat					
Délais d'attente avant votre consultation (en salle d'attente)					
Délais après la consultation (remise compte rendu, reprise de RDV)					
Si vous avez attendu, l'information sur le délai d'attente était :					

Le déroulement de votre consultation (cocher une case par ligne)



↓ Ne se prononce pas

L'identification du personnel et de son rôle					
Votre appréciation sur la prise en charge et les soins					
La prise en compte et le soulagement de votre douleur					
Le respect de votre confort et de votre intimité					
Le respect de vos attentes et besoins pendant la consultation					
La prise en compte des proches et aidants présents lors des soins					
La clarté des explications données lors de la consultation					
L'aménagement et la convivialité des lieux d'attente					
La propreté des lieux d'attente et de la salle de consultation					
L'aménagement et le confort de la salle de consultation					

Votre appréciation globale (cocher une case par ligne)



↓ Ne se prononce pas

Dans l'ensemble, votre degré de satisfaction pour cette consultation					
--	--	--	--	--	--

Vous pouvez préciser ci-dessous vos réponses et nous faire part de vos commentaires, critiques, suggestions :

.....

.....

.....

— L'équipe HandiConsult34 vous remercie pour le temps consacré à remplir ce questionnaire —