

Date :

Votre nom (facultatif) :

Etes-vous venu de :

Nuit

Jour

ACCUEIL

Avez-vous apprécié votre accueil :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Amabilité du personnel d'accueil	☺	☺	☹	☹
Qualité des informations fournies à l'accueil	☺	☺	☹	☹
Accueil du personnel soignant	☺	☺	☹	☹
Accueil du service radiologie	☺	☺	☹	☹
Accueil du médecin	☺	☺	☹	☹

VOTRE PRISE EN CHARGE

Avez-vous apprécié votre accueil :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Le délai d'attente avant votre prise en charge	☺	☺	☹	☹
Le délai d'attente en radiologie	☺	☺	☹	☹
La prise en charge de la douleur	☺	☺	☹	☹
La prise en charge en salle de consultation	☺	☺	☹	☹
La qualité des informations données sur votre santé	☺	☺	☹	☹
La qualité des informations données à la sortie	☺	☺	☹	☹

EN BREF

<u>Gardez-vous bonne impression de votre séjour</u>	☺	☺	☹	☹
--	---	---	---	---

Vos commentaires :

.....

.....

Merci de votre participation ! Ce document est à remettre au personnel lors de votre sortie ou dans la boîte aux lettres prévue à cet effet dans la salle d'attente des urgences