


Madame, Monsieur,

Pour nous aider à améliorer la qualité des prestations de notre centre, nous vous remercions de bien vouloir nous faire part de votre appréciation de nos services.

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir ce questionnaire, n'hésitez pas à vous adresser au personnel du service.

Ce document confidentiel est à déposer dans l'urne mise à votre disposition au niveau de votre salle de dialyse.

ACCUEIL



Etes-vous satisfait(e) de l'accueil ?	Oui	Non	NA
▪ Au standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Au secrétariat médical d'hémodialyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Aux consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Dans les services de dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Des informations sociales et administratives données ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOINS ET RELATIONS AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT

Etes-vous satisfait(e) :	Oui	Non
▪ Des soins dispensés par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ De l'attention qui m'a été portée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-on répondu à vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOINS ET RELATIONS AVEC LES MEDECINS

Les médecins m'ont bien informé sur :	Oui	Non
▪ Mon état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Mon traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Les examens qui m'ont été prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait(e)	Oui	Non
▪ De ma prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Des soins apportés pour soulager ma douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

▪ Vos droits sont-ils respectés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ L'ensemble des locaux vous paraît-il propre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Les équipements et le confort du centre vous paraissent ils satisfaisants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Les collations sont-elles satisfaisantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom et prénom (facultatif) :

Votre médecin :

LES SEANCES D'HEMODIALYSE



Etes-vous satisfait(e) :	Oui	Non
▪ Du délai d'attente avant séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Du délai d'attente après séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Des informations sur le fonctionnement du centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Des informations diététiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORGANISATION DES SEJOURS HORS DU CENTRE

Etes-vous satisfait(e)	Oui	Non
▪ Des explications sur le séjour (vacances, hospitalisations, transferts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Des explications sur la prise en charge administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Des explications sur les documents remis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D'UNE MANIERE GENERALE :

Etes-vous satisfait(e) de votre prise en charge au sein du service :

<input type="checkbox"/> Pleinement	<input type="checkbox"/> Normalement
<input type="checkbox"/> Insuffisamment	<input type="checkbox"/> Pas du tout

Votre appréciation globale de 1 à 10 :

Recommanderiez-vous notre établissement à un proche ?

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

Vos remarques et suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....