

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION – Imagerie médicale

Le personnel du service d'imagerie médicale vous sollicite pour remplir ce questionnaire.

Il vous permet d'évaluer votre satisfaction quant à votre prise en charge au sein du service d'imagerie médicale.

Vos réponses et vos remarques nous permettront d'améliorer la qualité de l'accueil et des soins.

- Le jour de votre venue (jour, mois, année) : / /
- Ce questionnaire est rempli par :
  - Le patient
  - Un parent ou aidant
  - Le patient avec un membre du personnel
- Vous avez choisi notre service parce que :
  - Votre médecin (généraliste / spécialiste) vous l'a conseillé
  - Notre hôpital/service a bonne réputation
  - Notre hôpital/service est le plus proche de votre domicile
  - Vous étiez satisfait d'une prestation antérieure
  - Un proche (membre de la famille, ami) vous a recommandé
  - Autre(s), à préciser :
- Votre venue dans le service d'imagerie concerne un examen de :
  - Radio
  - Echographie
  - Scanner
  - Mammographie
  - IRM

### Prise du rendez-vous

#### Etes-vous satisfait(e)...



- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • De l'accueil téléphonique ou physique lors de la prise du rendez-vous ?   | <input type="checkbox"/> |
| • Du délai d'attente pour avoir le rendez-vous ?  | <input type="checkbox"/> |
| • De la qualité des informations reçues lors de la prise du rendez-vous ?<br>(date, heure, si concerné : médicament à chercher, jeûne, prise de sang) | <input type="checkbox"/> |

### Accueil et prise en charge le jour de l'examen

#### Etes-vous satisfait(e)...



- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • De l'accessibilité jusqu'au service (transport, parking, signalétique, accès) ? | <input type="checkbox"/> |
| • Du temps d'attente le jour de l'examen ?  | <input type="checkbox"/> |
| • De la prise en charge par l'équipe soignante ?                                  | <input type="checkbox"/> |
| • Du respect de votre intimité et votre dignité ?                                 | <input type="checkbox"/> |
| • De la prise en compte de votre douleur ? (Si concerné)                          | <input type="checkbox"/> |
| • Du respect de la confidentialité de vos informations ?                          | <input type="checkbox"/> |
| • De la clarté des informations reçues par l'équipe soignante pendant l'examen ?  | <input type="checkbox"/> |
| • De votre confort pendant l'examen ?   | <input type="checkbox"/> |
| • De l'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante ?                         | <input type="checkbox"/> |
| • De la propreté des locaux ?   | <input type="checkbox"/> |
| • Des informations reçues à la fin de l'examen (suite, consignes particulières) ? | <input type="checkbox"/> |



Recommanderiez-vous le service à vos proches ?

Avez-vous des remarques ou suggestions à formuler ?

---

---

---

---

**Merci de déposer cette feuille dans l'urne prévue à cet effet**