

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

*Votre avis nous intéresse !*



*Votre opinion sur la prise en charge dont vous avez bénéficié nous est utile pour mesurer votre niveau de satisfaction et soutenir notre démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accueil et des soins.*

*Nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire et de le remettre au manipulateur radio ou dans l'urne prévue à cet effet après votre examen.*

## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Nom (facultatif) : \_\_\_\_\_

Prénom (facultatif) : \_\_\_\_\_

Vous venez de passer un(e) :  IRM  Scanner  Radiographie  Echographie  Mammographie

## L'ACCESSIBILITE ET LA PROPETE

Comment jugez-vous :				
La facilité d'accès au service d'imagerie				
La signalisation dans l'hôpital / code couleur				
L'accessibilité de la prise de rendez-vous				
La propreté des locaux				
La propreté des équipements				

## VOTRE ACCUEIL

Comment jugez-vous :				
La qualité du contact avec la secrétaire				
La disponibilité de la secrétaire				
La qualité des informations fournies par la secrétaire				
Le délai d'attente à l'accueil dans le service				
Les conditions d'attente				
Le respect de l'heure du rendez-vous				

## VOTRE PRISE EN CHARGE ET VOS DROITS

Comment jugez-vous :				
La qualité du contact avec le manipulateur radio				
La disponibilité du manipulateur radio				
La clarté des informations données sur les actes et précautions à prendre par le manipulateur radio				
La qualité de la prise en charge par le manipulateur radio				
Le respect de votre intimité				
Le respect de la confidentialité des informations qui vous concernent				

Avez-vous donné votre consentement (*écrit ou oral*) aux soins ou examens ?  Oui  Non

## VOUS AVEZ LA PAROLE *(ce que vous avez apprécié, ce que vous aimeriez voir évoluer)*

.....

.....

Les données personnelles vous concernant (nom, prénom, verbatim) collectées à l'occasion de ce questionnaire ont pour objet l'évaluation de la satisfaction des usagers ayant fait l'objet d'une hospitalisation afin d'améliorer la qualité du service rendu aux patients. Les verbatim et prénom pourront être diffusés au sein de l'établissement sous forme d'affiche dans les services. Ces données ne sont traitées qu'au sein de l'Hôpital Européen. Vos données recueillies sont conservées pour la durée nécessaire à l'exploitation du questionnaire. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données vous concernant : [dpo@hopital-europeen.fr](mailto:dpo@hopital-europeen.fr)