

Votre avis nous intéresse

Madame, Monsieur,

A l'issue de votre passage au sein de **l'hôpital de jour**, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé ci-dessous.

Votre avis sera précieux pour nous aider à travailler à **l'amélioration de la qualité de nos services** à l'égard de nos patients.

A votre sortie, il vous est possible de **le remettre aux infirmières du service ou de le renvoyer par courrier**.

Nous vous remercions à l'avance de votre participation, et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Direction

Date d'entrée : Age du patient :

Nom, prénom du patient :
(Facultatif)

Comment jugez-vous ?

	Très bien	Bien	Passable	Mauvais
La facilité d'accès au service (signalisation,...)				
L'accueil lors de votre arrivée dans le service				
Les informations du livret d'accueil en chimiothérapie <i>non remis</i> <input type="checkbox"/>				
La consultation d'annonce				
La disponibilité et l'écoute de l'oncologue				
La disponibilité et l'écoute des infirmières du service				
La qualité des soins				
La clarté des informations données par l'infirmière sur le traitement (effets secondaires, conseils,...)				
La clarté des informations données par l'infirmière sur le suivi à domicile (ex : diffuseur,...)				
La disponibilité et l'écoute de la psychologue <i>non concerné (e)</i> <input type="checkbox"/>				
L'intervention de l'assistante sociale <i>non concerné(e)</i> <input type="checkbox"/>				
Le confort d'installation pendant le traitement				
Le respect de l'horaire du traitement				
Le respect de votre intimité				
La propreté de la salle				
La qualité et la quantité de votre collation				
Attention réservée aux proches				
Votre appréciation générale				

Si vous avez des suggestions, merci de les indiquer ici :