

QUESTIONNAIRE QUALITE

QUESTIONNAIRE QUALITE

Améliorons ensemble **la qualité de votre passage aux Urgences**

Madame, Monsieur,
 Vous venez d'être admis aux Urgences. La Direction de l'établissement souhaiterait connaître votre avis afin d'améliorer nos prestations. Merci

Date de votre passage aux Urgences :/...../ 20.....

Créneau horaire : 08h-20h 20h-08h

Votre NOM (facultatif) :

Sexe F M Age

				 Remarques/suggestions
Votre accueil (amabilité, disponibilité, présentation du personnel)				
Vos relations avec l'équipe				
Si vous avez eu recours à l' IGU (Infirmière Gériatrique aux Urgences) , quel est votre appréciation générale				
Prise en compte et soulagement de votre douleur (Écoute, traitement, évaluation)				
Vos soins (Qualité, délai d'attente, disponibilité, déroulement des examens)				
Votre sortie (Organisation, information)				
Avis général (Impression sur le service, recommandations)				