	Service :	**Enquête de satisfaction - Consultation**	chm mouscron

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin de toujours améliorer la qualité de nos services, nous vous invitons à nous faire part de votre avis à l'égard de cette consultation au travers de ce questionnaire. Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de bien vouloir le déposer dans la boîte-aux-lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.

La direction de l'hôpital

- Ce questionnaire est complété par : ❑ le/la patient(e) ❑ un proche du patient ❑ les deux ensemble
- Age du patient : ..... ans Genre du patient : ❑ féminin ❑ masculin
- En ce jour de consultation, êtes-vous (le patient) en situation de mobilité réduite ? ❑ Oui ❑ Non
  Si oui, avez-vous rencontré des difficultés de déplacement dans l'enceinte de l'hôpital ? ❑ Oui ❑ Non
  Si nécessaire, avez-vous pu vous procurer une chaise roulante facilement ? ❑ Oui ❑ Non
- Pour **quelle spécialité** consultez-vous aujourd'hui ? .....
  Chez quel médecin ou quel prestataire ? .....
  La consultation s'est-elle déroulée auprès de la personne avec laquelle vous aviez pris rendez-vous ? ❑ Oui ❑ Non
- Pourquoi avez-vous choisi notre hôpital ? (Vous pouvez donner **plusieurs réponses** à cette question) ?

❑	Conseil de votre médecin traitant	❑	Réputation d'un service de l'hôpital
❑	Réputation de l'hôpital	❑	Conseil d'un spécialiste extérieur
❑	Proximité de l'hôpital	❑	Information via le site Internet de l'hôpital
❑	Réputation d'un spécialiste de l'hôpital	❑	Conseil d'un proche (famille, ami, …)
❑	Satisfaction liée à une consultation antérieure	❑	Vous-même ou un proche y travaille
❑	Suivi régulier par un médecin de l'hôpital	❑	Simplement par habitude
❑	Dans le parcours de votre prise en charge (ex : clinique de l'obésité, de la douleur, du diabète, …)	❑	Consultation programmée suite à une visite au service des urgences
❑	Par facilité financière	❑	Autre (précisez) : ……

- **Prise de rendez-vous (RDV) :**
  - De quelle manière avez-vous pris RDV ? ❑ Par téléphone ❑ Au guichet du service ❑ Via Internet ❑ Une autre personne l'a fait pour moi
  - Combien de temps avez-vous dû attendre pour prendre RDV ?
    ❑ Pas d'attente ❑ Moins de 5 minutes ❑ Entre 5 et 10 minutes ❑ Plus de 10 minutes
  - Est-ce que le temps nécessaire pour prendre rendez-vous vous a semblé raisonnable ? ❑ Oui ❑ Non
- **Moment de la consultation :**
  - Quel est le jour de la consultation ? ❑ Lundi ❑ Mardi ❑ Mercredi ❑ Jeudi ❑ Vendredi ❑ Samedi
  - Est-ce que la programmation (moment) de cette consultation vous convient ? ❑ Oui ❑ Non
  - Dans le cas où votre rendez-vous aurait été modifié par l'hôpital, en avez-vous été averti(e) suffisamment tôt ?
    ❑ Oui ❑ Non ❑ Non concerné
- Quel a été **le délai approximatif** entre la prise de rendez-vous et le jour de la consultation ?
  ❑ Le jour-même ❑ Moins d'une semaine ❑ De 1 à 2 semaines ❑ De 3 à 4 semaines ❑ Plus de 1 mois
  - Est-ce que ce délai vous semble raisonnable ? ❑ Oui ❑ Non
  - Auriez-vous souhaité un rendez-vous plus précoce ? ❑ Oui ❑ Non
- Est-ce que cette consultation a engendré une **décision d'hospitalisation** ?
  ❑ Non ❑ Oui, immédiatement ❑ Oui, différée à une date ultérieure ❑ Ne sais pas
- A votre connaissance, votre **médecin traitant** va-t-il être mis au courant des conclusions de votre consultation ?
  ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sais pas

Au verso de cette page, nous vous présentons une série de propositions qui correspondent à différents aspects d'une consultation. En fonction de cette consultation-ci, nous vous demandons d'entourer, pour chaque proposition, le chiffre

qui correspond le mieux à votre appréciation, sur une échelle allant de 1 à 5 (de 1 = très insatisfait(e) à 5 = très satisfait(e)). Si vous n'avez pas été confronté(e) à l'aspect considéré, vous pourrez entourer les lettres NC.

	Très insatisfait ☹		😐		**Très satisfait** ☺	Non concerné
LORS DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS :						
- Facilité de prise de rendez-vous	1	2	3	4	5	NC
- Courtoisie du personnel lors de la prise de rendez-vous	1	2	3	4	5	NC
- Informations concernant l'examen et les éventuels préparatifs	1	2	3	4	5	NC
- Informations administratives (documents à emmener, lieu de consultation,...)	1	2	3	4	5	NC
- Informations financières (tarif, suppléments d'honoraires,...)	1	2	3	4	5	NC
AVANT LA CONSULTATION :						
- Possibilité de parking	1	2	3	4	5	NC
- Accès au guichet d'inscription de la consultation (signalisation, renseignements,.)	1	2	3	4	5	NC
- Temps d'attente au guichet pour votre inscription : environ ..... min	1	2	3	4	5	NC
- Courtoisie et discrétion du personnel au guichet d'inscription	1	2	3	4	5	NC
- Orientation dans l'hôpital vers le lieu de consultation ou la salle d'attente	1	2	3	4	5	NC
- Conditions d'attente avant d'entrer en consultation (confort, calme, occupation,..)	1	2	3	4	5	NC
- Information quant au temps d'attente éventuel ou au retard	1	2	3	4	5	NC
- Temps d'attente avant la consultation : environ ..... min	1	2	3	4	5	NC
PENDANT LA CONSULTATION :						
- Identification du médecin ou du prestataire (badge, présentation,...)	1	2	3	4	5	NC
- Propreté et apparence du local de consultation	1	2	3	4	5	NC
- Courtoisie du médecin/prestataire	1	2	3	4	5	NC
- Attention portée à votre confort	1	2	3	4	5	NC
- Respect de votre intimité et de votre pudeur lors de la consultation	1	2	3	4	5	NC
- Disponibilité du médecin/prestataire pour répondre à vos questions	1	2	3	4	5	NC
- Prise en compte de votre douleur	1	2	3	4	5	NC
- Informations claires reçues sur votre état de santé et votre traitement éventuel	1	2	3	4	5	NC
- Informations sur les conditions d'obtention des résultats	1	2	3	4	5	NC
- Perception de la qualité médicale de la consultation	1	2	3	4	5	NC
- Temps que vous a consacré le médecin/prestataire : environ ..... min	1	2	3	4	5	NC
- En cas de rencontre avec un(e) infirmier(e) ou du personnel paramédical, perception de la qualité des soins prodigués par cette personne	1	2	3	4	5	NC
- Après la consultation, facilité de prise de nouveau rendez-vous si nécessaire	1	2	3	4	5	NC

EVALUATION GLOBALE :

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de cette consultation** ?
  ❑ ☹ Très insatisfait(e) ❑ Assez insatisfait(e) ❑ Neutre ❑ Assez satisfait(e) ❑ Très satisfait(e) ☺
- **Si nécessaire, recommanderiez-vous cette consultation** à un proche (famille, ami) ?
  ❑ ☹ Certainement pas ❑ Probablement pas ❑ Neutre ❑ Probablement ❑ Certainement ☺
- Lors de cette consultation, vous êtes-vous senti(e) **impliqué(e) dans les décisions concernant votre santé ?**
  ❑ ☹ Pas du tout ❑ Plutôt pas ❑ Neutre ❑ Plutôt oui ❑ Tout à fait ☺
- Si vous deviez à l'avenir consulter pour une autre spécialité ou être hospitalisé(e**), choisiriez-vous** notre hôpital ?
  ❑ ☹ Certainement pas ❑ Probablement pas ❑ Neutre ❑ Probablement ❑ Certainement ☺

Commentaires éventuels : .....

Tous droits réservés www.bsm-management.be