

# CONSULTATIONS EXTERNES

## VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Ce questionnaire est transmis à la Direction du Centre Hospitalier de Hyères.  
Nous vous remercions de votre précieux concours.

- |   |  |  |  |                                       |
|---|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Algologie              | <input type="checkbox"/> Chirurgie Viscérale | <input type="checkbox"/> Infectiologie       | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie         | <input type="checkbox"/> Stomatologie |
| <input type="checkbox"/> Allergologie           | <input type="checkbox"/> Dermatologie        | <input type="checkbox"/> Laboratoire         | <input type="checkbox"/> ORL                   | <input type="checkbox"/> Urologie     |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie             | <input type="checkbox"/> EEG                 | <input type="checkbox"/> Maternité           | <input type="checkbox"/> Pansement             | <input type="checkbox"/> VNI          |
| <input type="checkbox"/> Aptitude à la Plongée  | <input type="checkbox"/> Endocrinologie      | <input type="checkbox"/> Médecine Interne    | <input type="checkbox"/> Pédiatrie             |                                       |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie            | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie  | <input type="checkbox"/> Médecine Vasculaire | <input type="checkbox"/> Phlébotomie (saignée) |                                       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie Orthopédique | <input type="checkbox"/> Gynécologie         | <input type="checkbox"/> Médecine du sport   | <input type="checkbox"/> Pneumologie           |                                       |

### PAR QUI AVEZ-VOUS ETE ADRESSE(E) ?

- Médecin traitant                       Spécialiste                       Autres.....



### PRISE DE RENDEZ-VOUS

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Accueil téléphonique                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Informations et explications données | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Délai du rendez-vous                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT

- |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Accueil au bureau des entrées  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Accueil au secrétariat médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### PRISE EN CHARGE

- |  |                              |                          |                              |                          |                                       |
|--|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| • Respect de l'horaire de la prise en charge                               | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| - Si retard préciser le délai .....  |                              |                          |                              |                          |                                       |
| - Explications sur un retard éventuel                                      | <input type="checkbox"/> Oui |                          | <input type="checkbox"/> Non |                          | <input type="checkbox"/> Non concerné |
| • Prise en charge par le médecin   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| • Prise en charge par le personnel soignant (infirmier, aide-soignante...) | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |

### DROITS ET INFORMATIONS

- |  |                              |                          |                              |                          |                                       |
|--|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| • Respect de votre intimité durant la consultation | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| • Recueil du consentement                          | <input type="checkbox"/> Oui |                          | <input type="checkbox"/> Non |                          | <input type="checkbox"/> Non concerné |

### LOCAUX

- |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Signalisation, repérage des lieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Propreté des lieux                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### SORTIE

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Explications sur le traitement et les soins à poursuivre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Délai du transport sanitaire                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### GLOBAL

- |   |                              |                          |                              |                          |                          |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Appréciation globale                        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Recommandation du service à votre entourage | <input type="checkbox"/> Oui |                          | <input type="checkbox"/> Non |                          |                          |

*Des observations / suggestions ?*

*Un espace vous est proposé au verso*

**OBSERVATIONS**

**ET**

**SUGGESTIONS**

**MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !**