

# IMAGERIE MEDICALE

## VOTRE AVIS NOUS INTERESSE






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

- Chirurgie orthopédique     
  Echographie     
  Mammographie     
  Radiologie     
  Scanner

**VOUS VENEZ LORS D'UNE CONSULTATION DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ?**     Oui       Non

**COMMENT AVEZ-VOUS ETE INFORME(E) DES CONSULTATIONS D'IMAGERIE DONT VOUS BENEFICIEZ AU CENTRE HOSPITALIER DE HYERES ?**

- Par votre médecin traitant
- Par vos proches
- Par internet (pages jaunes, Google, site de l'hôpital, ...)
- Autres

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>   | .....   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
| Très satisfait   | Satisfait   | Peu satisfait   | Pas satisfait   | Non concerné  |

### PRISE DE RENDEZ-VOUS

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Accueil téléphonique  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Informations données/demandées sur votre état de santé, les éventuels examens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Délai d'obtention du rendez-vous  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Délai entre votre demande de rendez-vous et la date proposée                  | <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 de l'imagerie | <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 |                          |
| • Accueil et prise en charge par le manipulateur radio | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |
| • Prise en charge par le médecin                       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |

### DROITS ET INFORMATIONS

- |   |                              |                          |                              |                          |                          |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Respect de votre intimité                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Recueil du consentement pour un examen avec produit injecté | <input type="checkbox"/> Oui |                          | <input type="checkbox"/> Non |                          |                          |

### 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

- |                                 |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Délai d'attente des résultats | <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 !