URGENCES
VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

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

ARRIVÉE DANS L'ÉTABLISEMENT

- Vous avez été adressé(e) par ☐ Votre médecin traitant ☐ SAMU / ambulance/pompier ☐ Vous-même ☐ Autres…….
- Délai d'attente avant d'avoir été pris(e) en charge par un médecin ☐ moins de 1 heure ☐ de 1 à 2 heures ☐ plus de 2 heures
- Remise du passeport des urgences ☐ Oui ☐ Non

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
DROITS ET INFORMATIONS					
• Qualité des informations données	☐	☐	☐	☐	☐
• Respect de la confidentialité	☐	☐	☐	☐	☐
ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT					
• Qualité de l'accueil administratif	☐	☐	☐	☐	☐
• Qualité de l'accueil par le personnel soignant	☐	☐	☐	☐	☐
PRISE EN CHARGE					
• Qualité de la prise en charge par le médecin	☐	☐	☐	☐	☐
• Qualité de la prise en charge par le personnel soignant (Infirmier, aide-soignante…)	☐	☐	☐	☐	☐
• Prise en charge de votre douleur	☐	☐	☐	☐	☐
• Respect de votre intimité durant l'hospitalisation	☐	☐	☐	☐	☐
• Informations données sur l'évolution de votre état de santé (soins, examens, traitements)	☐	☐	☐	☐	☐
• Informations données aux familles	☐	☐	☐	☐	☐
SORTIE					
• Explications sur le traitement et les soins à poursuivre	☐	☐	☐	☐	☐
• Informations sur les conditions de sortie (jour, heure, formalités administratives	☐	☐	☐	☐	☐
• Respect des modalités de sortie	☐	☐	☐	☐	☐
GLOBAL :					
• Appréciation globale	☐	☐	☐	☐	☐

Des observations / suggestions ?
Un espace vous est proposé au verso

OBSERVATIONS

ET

SUGGESTIONS

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !