

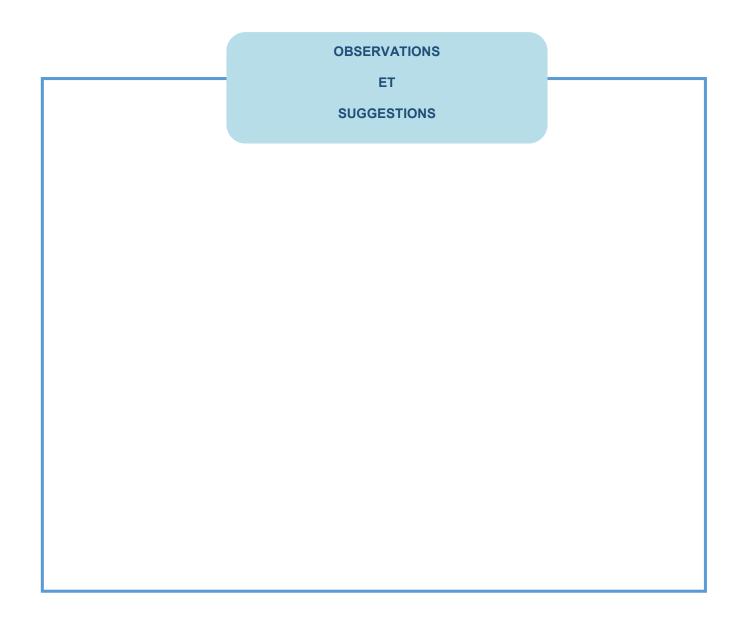
URGENCES

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	☐ SAM ambular			Vous-mê	me	□Autres
◆ Délai d'attente avant d'avoir été pris(e)							
Remise du passeport des urgences	Oui	□ Non					
				C			?
			Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
DROITS ET INFORMATIONS							
Qualité des informations donnéesRespect de la confidentialité							
ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT							
 Qualité de l'accueil administratif Qualité de l'accueil par le personnel so 	oignant						
PRISE EN CHARGE							
 Qualité de la prise en charge par le me Qualité de la prise en charge par le aide-soignante) 		Infirmier,					
Prise en charge de votre douleur							
Respect de votre intimité durant l'hosp							
 Informations données sur l'évolution examens, traitements) Informations données aux familles 	de votre état de sant	é (soins,					
SORTIE							
Explications sur le traitement et les so	ins à poursuivre						
 Informations sur les conditions de administratives Respect des modalités de sortie 	sortie (jour, heure, fo	ormalités					
GLOBAL:							
Appréciation globale							

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



MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION!