

Questionnaire de satisfaction

Consultations externes

Vous connaître

Votre consultation

Date de la consultation :

- ☐ GASTRO ENTEROLOGIE
- ☐ CARDIOLOGIE
- ☐ DERMATOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE VASCULAIRE
- ANGIOLOGIE-PHLEBOLOGIE

- ☐ UROLOGIE
- ☐ DIETETICIENNE
- ☐ ORL

- ☐ MEDECIN DU SPORT
- ☐ MEDECINE GENERALE
- ☐ CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Comment avez-vous été informé(e) des consultations dont vous pouvez bénéficier ?

- ☐ Par votre médecin traitant
- ☐ Par vos proches
- ☐ Par le site internet du CH STELL
- ☐ Autres (précisez) :

Votre satisfaction concernant la prise de rendez-vous en ligne ou téléphonique

Le délai de la prise de rendez-vous est-il satisfaisant ? ☐ OUI ☐ NON

Si NON, pour quel(s) motif(s) ?

- ☐ Créneaux proposés
- ☐ Rendez-vous trop lointain
- ☐ Annulation du rendez-vous

Autres :

L'accueil téléphonique était-il satisfaisant ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NON CONCERNÉ

Si NON, pour quelles raisons ?

Votre accueil au sein du service : avez-vous été satisfait(e) ?

- Du délai d'attente ☐ OUI ☐ NON
- De l'accessibilité des locaux ☐ OUI ☐ NON
- De la signalétique ☐ OUI ☐ NON
- Du circuit administratif ☐ OUI ☐ NON
- De l'hygiène des locaux ☐ OUI ☐ NON
- Des informations relatives aux documents administratifs à présenter ☐ OUI ☐ NON

Votre prise en charge médicale : avez-vous été satisfait(e) ?

- De la disponibilité des professionnels ☐ OUI ☐ NON
- De l'écoute ☐ OUI ☐ NON
- Des informations transmises ☐ OUI ☐ NON
- Du suivi ☐ OUI ☐ NON



Votre appréciation générale (entourez le chiffre de votre choix)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									

Recommanderiez-vous notre établissement à votre famille / à vos proches ?

☐ OUI

☐ NON Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?
.....
.....

Quelles autres spécialités seraient susceptibles de vous intéresser ?
.....
.....

Vos remarques ou suggestions :

.....
.....
.....
.....
.....
.....