



Questionnaire Urgences



1. Par rapport au patient, vous êtes : Le patient Son conjoint Un parent Son enfant Autre
2. Sexe du patient : Féminin Masculin
3. Âge du patient : < 15 16 - 29 30 - 44 45 - 59 60 - 74 + de 74
4. Arrivée au service des urgences : En semaine Le week-end ou un jour férié
5. Heure d'arrivée : 7h - 13h 13h - 20h 20h - 7h
6. Vous êtes adressé par un médecin (généraliste ou spécialiste) : Oui Non
7. Pour quel motif venez-vous aux urgences :
- Accident Fièvre Angoisse Douleurs Violences - agressions Diarrhées - vomissements Gêne Saignements Malaise Autre(s)
8. A votre sortie des urgences, vous avez été orienté vers :
- Vers un de nos services d'hospitalisation Vers un autre hôpital Votre domicile avec un traitement Une consultation chez un spécialiste Vers une consultation chez votre médecin traitant Autres

Donnez-nous votre appréciation sur chaque aspect particulier de votre prise en charge aux urgences :					Non concerné
9. Satisfaction globale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Accueil administratif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Accueil soignant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Environnement de la salle d'attente (confort).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Durée d'attente des résultats des examens (prise de sang, radio).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Prise en charge de la douleur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Amabilité du personnel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Informations reçues sur votre état de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Qualité des soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Informations générales sur le fonctionnement du service des urgences.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Entretien des locaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentiment de sécurité au sein des urgences.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Est-ce que vous recommanderiez ce service des urgences?

- Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement

22. Vous avez rempli ce questionnaire : Pendant votre prise en charge Après avoir été pris en charge

