

CONSULTATIONS EXTERNES

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

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

- | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Algologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie Viscérale | <input type="checkbox"/> Infectiologie | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | <input type="checkbox"/> Stomatologie |
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Laboratoire | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie | <input type="checkbox"/> EEG | <input type="checkbox"/> Maternité | <input type="checkbox"/> Pansement | <input type="checkbox"/> VNI |
| <input type="checkbox"/> Aptitude à la Plongée | <input type="checkbox"/> Endocrinologie | <input type="checkbox"/> Médecine Interne | <input type="checkbox"/> Pédiatrie | |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Médecine Vasculaire | <input type="checkbox"/> Phlébotomie (saignée) | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie Orthopédique | <input type="checkbox"/> Gynécologie | <input type="checkbox"/> Médecine du sport | <input type="checkbox"/> Pneumologie | |

PAR QUI AVEZ-VOUS ETE ADRESSE(E) ?

- Médecin traitant Spécialiste Autres.....



PRISE DE RENDEZ-VOUS

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Accueil téléphonique | <input type="checkbox"/> |
| • Informations et explications données | <input type="checkbox"/> |
| • Délai du rendez-vous | <input type="checkbox"/> |

ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Accueil au bureau des entrées | <input type="checkbox"/> |
| • Accueil au secrétariat médical | <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 |
| • Prise en charge par le médecin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prise en charge par le personnel soignant (infirmier, aide-soignante...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DROITS ET INFORMATIONS

- | | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| • Respect de votre intimité durant la consultation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Recueil du consentement | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | | <input type="checkbox"/> Non concerné |

LOCAUX

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Signalisation, repérage des lieux | <input type="checkbox"/> |
| • Propreté des lieux | <input type="checkbox"/> |

SORTIE

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Explications sur le traitement et les soins à poursuivre | <input type="checkbox"/> |
| • Délai du transport sanitaire | <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 !