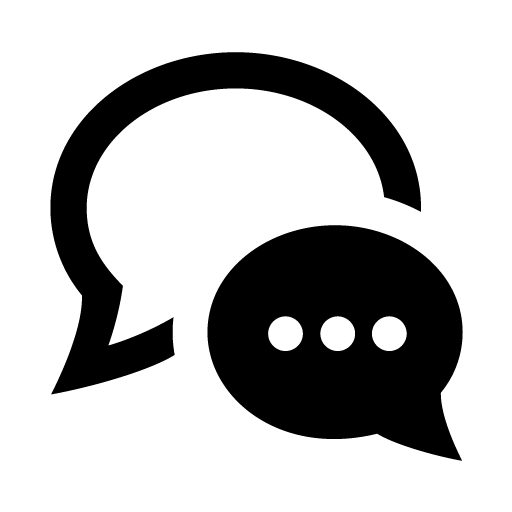
Le logo du centre de santé

**QUE PENSEZ-VOUS**

**DU CENTRE DE SANTE ?**

« Aidez-nous à mieux vous accueillir

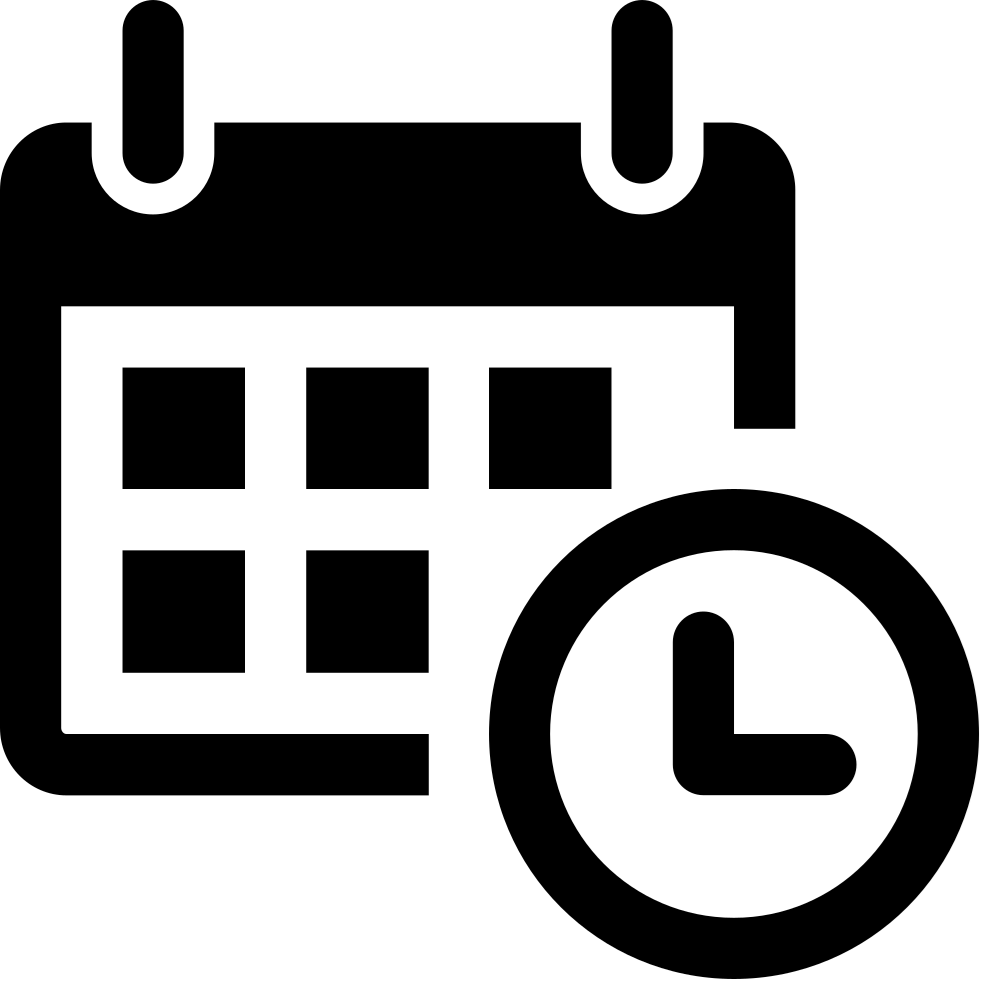
et prendre soin de vous  **Vos avis sont importants pour nous améliorer.**

Ce questionnaire est anonyme et prendra juste quelques minutes. »

La direction

Vous êtes :  une femme  un homme Votre âge :……….ans

Vous venez au centre depuis : ……... ans

****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRISE DE RENDEZ-VOUS** |  |  |  |  |  |
| Facilité |  |  |  |  |  |
| Temps d’attente au standard, sur place |  |  |  |  |  |
| Amabilité et écoute des professionnels |  |  |  |  |  |
| Choix des date et heure de rendez-vous |  |  |  |  |  |
| Informations sur l’accès au centre et à l’accueil administratif |  |  |  |  |  |



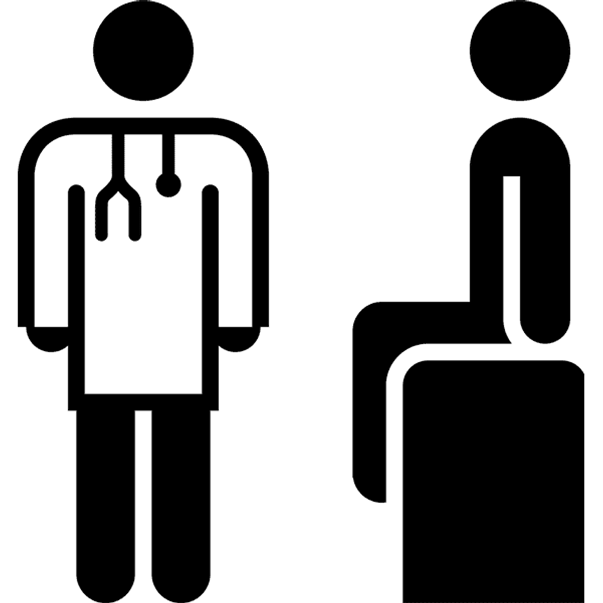
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOCAUX** |  |  |  |  |  |
| Accès : routes, transports, parking... |  |  |  |  |  |
| Orientation dans le centre |  |  |  |  |  |
| Aménagement pour les patients ayant des difficultés de déplacement ou de langue. |  |  |  |  |  |
| Propreté |  |  |  |  |  |
| Calme et tranquillité |  |  |  |  |  |



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACCUEIL ADMINISTRATIF** |  |  |  |  |  |
| Temps d’attente |  |  |  |  |  |
| Amabilité et écoute des professionnels |  |  |  |  |  |
| Respect de la confidentialité |  |  |  |  |  |
| Informations sur votre consultation : salle d’attente, durée d’attente, soignant... |  |  |  |  |  |
| Attention des professionnels aux difficultés de déplacement et de langue |  |  |  |  |  |

****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SALLE D’ATTENTE** |  |  |  |  |  |
| Respect des horaires |  |  |  |  |  |
| Confort et tranquillité |  |  |  |  |  |
| Intérêt des affiches, vidéos et documents |  |  |  |  |  |

****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSULTATION** |  |  |  |  |  |
| Indications sur l’identité des soignants |  |  |  |  |  |
| Amabilité des soignants |  |  |  |  |  |
| Respect de votre intimité et de votre dignité |  |  |  |  |  |
| Durée de la consultation |  |  |  |  |  |
| Explications reçues, sans les demander, sur votre état de santé |  |  |  |  |  |

Date : / /

**Merci beaucoup pour votre participation !**