

# ENQUETE DE SATISFACTION

## DE LA CONSULTATION D'ANNONCE

- PRIVE ONCOGARD
- REFUS DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE
- INCAPACITE DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE
- PUBLIC CENTRE HOSPITALIER ALES-CEVENNES

### PRISE EN CHARGE MEDICALE

DONNEES	PAS DU TOUT S	PEU S	ASSEZ S	S	TRES S
LES INFORMATIONS DONNEES CONCERNANT VOTRE MALADIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LES INFORMATIONS CONCERNANT LE DEROULEMENT ET LES EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LES INFORMATIONS CONCERNANT L'IMPACT SUR LES HABITUDES DE VIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PRISE EN CHARGE INFIRMIERE

DONNEES	PAS DU TOUT S	PEU S	ASSEZ S	S	TRES S
L'ACCUEIL DE L'INFIRMIERE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE LIEU OU S'EST DEROULE LA CONSULTATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE TEMPS DE RENCONTRE AVEC L'INFIRMIERE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA QUALITE D'ECOUTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PRISE EN CHARGE INFIRMIERE/QUALITE DES INFORMATIONS**

DONNEES	PAS DU TOUT S	PEU S	ASSEZ S	S	TRES S
CONCERNANT LES TRAITEMENTS ET LES EFFETS SECONDAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCERNANT LES CONSEILS D'HYGIENE DE VIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCERNANT L'EQUIPE RESSOURCE (Psychologue, assistante sociale, diététicienne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COORDINATION ENTRE LE MEDECIN ET L'INFIRMIERE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REMISE D'UN SUPPORT A L'ISSUE DE LA CONSULTATION**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CALENDRIER DE SOINS (Remis par l'infirmière) | <input type="checkbox"/> PLAN PERSONNALISE DE SOINS  |
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTATIONS                               | <input type="checkbox"/> NUMEROS DE TELEPHONE UTILES |

DONNEES	PAS DU TOUT S	PEU S	ASSEZ S	S	TRES S
CE SUPPORT VOUS A SEMBLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMMENTAIRES ET SUGGESTION D'AMELIORATION**

.....

.....

.....

.....

.....

.....