

Afin d'améliorer les conditions d'accueil et de soins des usagers, nous souhaitons connaître votre appréciation sur votre prise en charge aux consultations d'Ophtalmologie.

Vous connaître : Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Votre âge : ☐ entre 6 et 10 ans

☐ entre 10 et 16 ans

☐ entre 16 et 60 ans

☐ > 60 ans

À quelle distance habitez-vous de l'hôpital de La Loupe ? .....

Le motif de votre venue ?

☐ Un contrôle de la vue

☐ Pathologie de l'œil (cataracte, glaucome, diabète, DMLA, .....)

☐ Une urgence

Qui vous a adressé ?

☐ Demande spontanée du RDV

☐ Médecin Traitant

☐ Ophtalmologue

☐ Opticien

☐ Orthoptiste

☐ Autre :

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de l'activité d'Ophtalmologie ?

☐ Presse locale

☐ Site internet de l'Hôpital

☐ Prospectus/flyer

☐ Par une tierce personne (médecin traitant, proches, voisins, ...)

☐ Autre : .....

## Lors de la prise de rendez-vous

Avez-vous pris votre rendez-vous

☐ par Doctolib®

☐ par téléphone

☐ sur place

Quel a été le délai d'obtention de votre premier rendez-vous ?

☐ Inf. à 48 H

☐ Inf. à 1 mois

☐ entre 1 et 2 mois

☐ Sup. à 2 mois

⇒ Si sup. à 2 mois, préciser : .... mois



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Pas du tout satisfait

## Lors de l'accueil

■ Etes-vous satisfait de l'accueil reçu :

↳ Lors de votre prise de rendez-vous (téléphonique ou sur place) ?

☐

☐

☐

☐

↳ Lors de votre venue aux admissions ?

☐

☐

☐

☐

↳ Lors de votre venue en consultation ?

☐

☐

☐

☐

■ Etes-vous satisfait(e) de la signalisation à l'intérieur de l'établissement pour vous guider vers le service d'Ophtalmologie ?

☐

☐

☐

☐

■ Trouvez-vous les locaux adaptés aux personnes à mobilité réduite ?

☐

☐

☐

☐

*Tournez la page s'il vous plaît*



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Pas du tout  
satisfait

### En salle d'attente

- |                                                                                       |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Etes-vous satisfait(e) du confort de la salle d'attente (chaises, température...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Etes-vous satisfait(e) du respect des horaires de votre rendez-vous ?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Etes-vous satisfait(e) du respect de la confidentialité ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Durant la consultation

- |                                                                                                               |                              |                              |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Les médecins ont-ils répondu à vos questions ?                                                              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                          |                          |
| ↳ Si OUI leurs réponses, étaient assez claires et suffisantes pour vous ?                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                          |                          |
| ▪ Etes-vous satisfait(e) du respect de la confidentialité lors des échanges ?                                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Etes-vous satisfait de l'information donnée relative à la durée de la consultation et des examens pratiqués | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Pour l'ensemble de votre consultation

- |                                                                                                                 |                              |                              |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Etes-vous satisfait(e) de l'hygiène des locaux (couloirs, salle d'attente, accueil, salles de soins...) ?     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Dans l'ensemble, de votre prise de rendez-vous à votre sortie, êtes-vous satisfait(e) de votre consultation ? | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Recommanderiez-vous notre établissement à votre famille, à vos proches ?                                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                          |                          |

### Commentaires (difficultés rencontrées, suggestions d'amélioration, points positifs, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci de votre participation**