

Pour répondre : Cochez l'icône correspondant à votre avis et complétez l'évaluation par un commentaire si vous le souhaitez.

7. Votre **impression générale**



SATISFAISANTE PASSABLE DECEVANTE

Quelle impression générale vous laisse notre service de médecine nucléaire ?

.....
.....

Selon vous, que faudrait-il **améliorer** en priorité?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

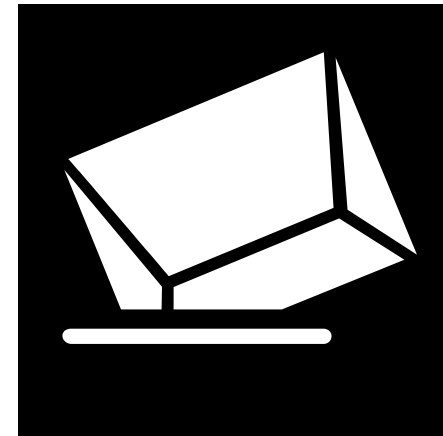
Informations **facultatives** :

Date :

Type d'examen :

Age :

Votre avis compte



Votre examen et/ou séjour au sein du Service de médecine nucléaire du CHUV touche à sa fin. Nous espérons que votre prise en charge vous ait apporté satisfaction. Afin de nous aider à nous améliorer, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous faire part de votre opinion en remplissant ce questionnaire. Celui-ci peut être déposé à votre sortie dans la boîte à suggestions (située à l'entrée du service) ou renvoyé au :

**Service de médecine nucléaire, Prof. J. Prior
CHUV, rue du Bugnon 46, 1011 LAUSANNE**

Nous vous remercions d'avance de votre aimable collaboration.

Pour répondre : Cochez l'icône correspondant à votre avis et complétez l'évaluation par un commentaire si vous le souhaitez.

1. Votre **admission** dans le Service de médecine nucléaire



SATISFAISANTE PASSABLE DECEVANTE

Comment s'est déroulée votre admission (accueil, attente) ?

.....
.....
.....

2. L'**information** sur votre examen



SATISFAISANTE PASSABLE DECEVANTE

Que pensez-vous des renseignements transmis par le personnel (clarté, cohérence des informations, etc.) ?

.....
.....
.....

3. **Prise en charge** par le personnel



SATISFAISANTE PASSABLE DECEVANTE

Que pensez-vous de l'attitude de notre personnel à votre égard (politesse, disponibilité) ?

.....
.....
.....

4. **Déroulement** de l'examen



SATISFAISANT PASSABLE DECEVANT

Que pensez-vous du déroulement de votre examen (explications, encadrement) ?

.....
.....

5. Votre **examen et/ou séjour** en médecine nucléaire



SATISFAISANT PASSABLE DECEVANT

Comment évaluez-vous la qualité de votre examen et/ou séjour (confort, propreté, température, bruit, intimité) ?

.....
.....
.....

6. Votre **sortie**



SATISFAISANTE PASSABLE DECEVANTE

Comment s'est déroulée votre sortie (informations reçues quant à la réception des résultats de l'examen, suivi, etc.) ?

.....
.....
.....