

- Si le rendez-vous a été pris par téléphone,
Avez-vous téléphoné : au numéro d'appel général de la clinique (accueil)
 au numéro direct du service de médecine nucléaire

une réponse a été obtenue : au 1^{er} essai au 2^{ème} essai après plus de 2 essais
 ne sais pas

Pour obtenir une réponse, combien de temps environ a-t-il été nécessaire? _____ minute(s)

- Si le rendez-vous a été pris au guichet du service, le temps d'attente vous a-t-il paru raisonnable ? Oui Non

Combien de temps environ a-t-il été nécessaire? _____ minute(s)

- Avez-vous reçu des informations précises - sur le déroulement de l'examen ? Oui Non
- sur la durée de l'examen ? Oui Non

• Moment de l'examen

- Quel est le jour de l'examen ?
 Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

- A quelle heure de la journée a-t-il lieu (ex :14h30) : _____ h _____

- Est-ce que la programmation (moment) de cet examen vous convient? Oui Non

Si non, à quel moment auriez-vous souhaité obtenir le rendez-vous? Jour :.....
Heure :.....

- Quel a été le délai approximatif entre la prise de rendez-vous et le jour de l'examen : jour(s)

• Quel type d'examen avez-vous passé ?

<input type="checkbox"/> la scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/> le Breath test
<input type="checkbox"/> la scintigraphie du cœur	<input type="checkbox"/> le reflux gastro-oesophagien
<input type="checkbox"/> la scintigraphie pulmonaire	<input type="checkbox"/> la recherche du ganglion sentinelle
<input type="checkbox"/> la scintigraphie rénale	<input type="checkbox"/> la vidange gastrique
<input type="checkbox"/> la scintigraphie du cerveau	<input type="checkbox"/> l'ostéodensitométrie osseuse
<input type="checkbox"/> la scintigraphie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

Autre(s) (PET-scan, ...) : _____

• Avez-vous dû venir à jeun ? Oui Non

• Avez-vous eu un contact direct avec le médecin du service pendant l'examen ? Oui
 Non
 Ne sais pas

• Temps d'attente entre :
l'heure prévue du rendez-vous et l'heure réelle de l'examen : sans temps d'attente
 moins de 15 minutes
 de 15 min à 30 min
 de 30 min à 1heure
 plus d'1heure

• Au jour de l'examen, êtes-vous en situation de mobilité réduite ? Oui Non

- Confort de la salle d'examen	1	2	3	4	5	NC
- Attention portée au confort du patient	1	2	3	4	5	NC
- Perception de la qualité technique de l'examen	1	2	3	4	5	NC
- Sentiment de sécurité (précaution et prise en charge)	1	2	3	4	5	NC
Après l'examen						
- Information sur les conditions d'obtention des résultats de l'examen	1	2	3	4	5	NC
- Discrétion du personnel dans la communication des résultats immédiats	1	2	3	4	5	NC

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de cette consultation** dans ce service de médecine nucléaire ?

Très mécontent(e)
 Assez mécontent(e)
 Neutre
 Assez satisfait(e)
 Très satisfait(e)

- Recommanderiez-vous ce service** de médecine nucléaire à un proche (membre de votre famille ou ami(e)) ?

Certainement pas
 Probablement pas
 Neutre
 Probablement
 Certainement

- Si vous deviez à l'avenir passer un autre examen ou être hospitalisé(e), **choisiriez-vous la Clinique Saint Jean?**

Certainement pas
 Probablement pas
 Neutre
 Probablement
 Certainement

- Remarques et/ou suggestions :

Code postal du patient : _____

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire