

- 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 d'imagerie médicale

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"/> Radio thorax (poumon)	<input type="checkbox"/> Scanner
<input type="checkbox"/> Radio osseuse (main, jambe, colonne,...)	<input type="checkbox"/> Echographie
<input type="checkbox"/> Radio digestive/abdominale (ventre)	<input type="checkbox"/> Résonance magnétique
<input type="checkbox"/> Radio urologique	<input type="checkbox"/> Colonoscopie virtuelle
<input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie osseuse	<input type="checkbox"/> Lavement baryté
<input type="checkbox"/> Bilan sénologique (mammographie et échographie)	<input type="checkbox"/> Mammotest
<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Autre : _____

• Avez-vous dû venir à jeun ? Oui Non

• Avez-vous eu un contact direct avec le médecin radiologue 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

- Apparence de la salle d'examen	1	2	3	4	5	NC
- 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 radiologie ?
 Très mécontent(e) Assez mécontent(e) Neutre Assez satisfait(e) Très satisfait(e)
- **Recommanderiez-vous ce service** de radiologie 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