

## PRISE DE RENDEZ VOUS

### Mode :

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Prise de Rendez-vous par téléphone directement par vous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Par votre médecin traitant                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autre mode :<br>Lequel ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Délai :

Délai entre la prise de rendez-vous et la date de l'examen :

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| - Dans la journée | <input type="checkbox"/> |
| - Le lendemain    | <input type="checkbox"/> |
| - > 48 heures     | <input type="checkbox"/> |
| - > 72 heures     | <input type="checkbox"/> |
| - > 1 semaine     | <input type="checkbox"/> |
| - > 2 semaines    | <input type="checkbox"/> |

Avez vous pu avoir ce rendez-vous en externe à votre convenance ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

## ACCUEIL

Pouvez-vous le qualifier de :

- Très satisfaisant
  - Satisfaisant
  - Non satisfaisant
- Si non, pourquoi ?

## L'EXAMEN

Quel examen avez-vous passé :

- Scanner
- IRM
- Radiologie
- Echographie

Comment le qualifieriez-vous ?  
Sans problème

- Sans problème
- Long
- Pénible
- Douloureux
- Stressant

Autre, précisez :

## LES RESULTATS

Avez-vous récupéré votre examen et son compte rendu :

- Immédiatement
- De façon différée

Si de façon différée, dans quel délai ?

## AMELIORATION

Avez-vous un principal reproche à faire ?

Si oui, comment l'améliorer