





## ENQUETE DE SATISFACTION

*Pour nous permettre d'améliorer nos prestations et de mieux répondre à vos attentes, nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir nous retourner ce questionnaire complété.*

Centre de fertilité

Date :

ch.	N°	Critères					Sans objet
OPC	1	Votre prise en charge dans le service s'est-elle faite rapidement et sans problème ?					
	2	Vous a-t-on aidé sur le plan psychologique si vous en avez eu besoin ?					
	3	Vous a-t-on aidé sur le plan de la douleur si vous en avez eu besoin ?					
	4	Votre conjoint a-t-il pu vous accompagner quand vous le souhaitez (en dehors d'examens particuliers) ?					
DIP	5	Avez-vous reçu toutes les informations nécessaires quant à votre prise en charge ?					
OPC	6	Vous a-t-on informé régulièrement des bénéfices et des risques liés à certains traitements ?					
GFL	7	Le lieu d'accueil vous a-t-il semblé agréable ?					
	8	Jugez-vous la propreté du service adéquate ?					
MEA	9	Les professionnels du service vous ont-ils semblé compétents dans le domaine médical qui vous intéresse ?					
	10	Le comportement des professionnels du service a-t-il répondu à vos attentes en terme : • d'accueil téléphonique?					
	11	• d'accueil dans le(s) service(s)?					
	12	• d'accompagnement ?					
OPC	13	Le respect de la confidentialité vous a-t-il paru être une préoccupation de tous ?					
	14	Les horaires annoncés ont-ils été respectés ?					
	15	Recommanderiez-vous notre service?					

*Vos remarques:*