

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DU PATIENT CONCERNANT LA CONSULTATION INFIRMIÈRE

Consultation infirmière : questionnaire d'évaluation

Service d'hématologie adulte

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la prise en charge de votre pathologie, vous avez été reçu en consultation infirmière.

L'objectif de cette consultation est de répondre à vos questions et de vous transmettre des informations concernant votre prise en charge dans le service et le traitement à venir. Afin d'améliorer cette consultation, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces questions.

- Combien de temps s'est-il écoulé entre l'annonce du diagnostic (consultation médicale) et la consultation infirmière ? JOURS
- Estimez-vous ce délai entre les deux consultations :

Trop long Trop court Correct

- D'une manière globale, le contenu vous a permis d'obtenir :

– des informations claires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
– des informations suffisantes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
– des renseignements utiles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- D'une manière globale, les informations vous ont-elles parues trop détaillées ? Oui Non

- Auriez-vous souhaité obtenir plus de renseignements :

– sur les effets secondaires :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--------------------------------	------------------------------	------------------------------

Si oui, de quel type ?

– sur le PAC ou le KT :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-------------------------	------------------------------	------------------------------

Si oui, de quel type ?

– sur l'organisation du service :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-----------------------------------	------------------------------	------------------------------

Si oui, de quel type ?

– sur votre prise en charge :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-------------------------------	------------------------------	------------------------------

Si oui, de quel type ?

- Au décours de la consultation, vous a-t-on remis des documents informatifs ? Oui Non

Si oui, le(s) quel(s) ? :

<input type="checkbox"/> Livret d'accueil	<input type="checkbox"/> Numéros du service	<input type="checkbox"/> Myélogramme
<input type="checkbox"/> Ponction lombaire	<input type="checkbox"/> Chute des cheveux	<input type="checkbox"/> BOM

- Ces documents

– vous ont-ils paru clairs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------	------------------------------

– ont-ils répondu à vos questions ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

– ont-ils facilités votre séjour ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------------	------------------------------	------------------------------

- Auriez-vous souhaité d'autres documents ou informations ? Oui Non

Si oui, de quel type ?

- Auriez-vous des remarques, souhaits ou attentes par rapport à la consultation ?

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.