

|   | Très bien | Assez bien | Passable | Insuffisant |
|---|-----------|------------|----------|-------------|
| <b>LA PRISE DE RENDEZ VOUS</b>  |           |            |          |             |
| Votre appréciation globale sur la prise de rendez-vous  |           |            |          |             |
| La clarté des informations données (formalités, contacts effectués pour organiser votre examen) |           |            |          |             |
| L'amabilité du personnel administratif au téléphone   |           |            |          |             |
| <b>L'ACCUEIL ADMINISTRATIF</b>  |           |            |          |             |
| Votre appréciation globale concernant la qualité de l'accueil                                   |           |            |          |             |
| L'amabilité du personnel d'accueil  |           |            |          |             |
| L'écoute et la disponibilité du personnel d'accueil   |           |            |          |             |
| La clarté des informations données pour la constitution de votre dossier                        |           |            |          |             |
| <b>DEROULEMENT DE L'EXAMEN</b>  |           |            |          |             |
| Confort des salles d'attente  |           |            |          |             |
| Votre appréciation concernant la prise en charge paramédicale (votre préparation)               |           |            |          |             |
| Votre appréciation concernant l'accueil en salle  |           |            |          |             |
| L'amabilité des manipulateurs   |           |            |          |             |
| La clarté des informations données sur le déroulement de l'examen                               |           |            |          |             |
| L'écoute et la disponibilité des manipulateurs  |           |            |          |             |
| Prise en compte de votre douleur  |           |            |          |             |
| Respect de votre intimité   |           |            |          |             |
| Propreté des équipements et des locaux  |           |            |          |             |
| <b>REMISE DE VOS RESULTATS</b>  |           |            |          |             |
| Clarté des informations données au moment des résultats   |           |            |          |             |
| La disponibilité et l'écoute du médecin   |           |            |          |             |
| L'amabilité du médecin  |           |            |          |             |
| Les conditions de remise de vos résultats   |           |            |          |             |
| <b>CONFIDENTIALITE MEDICALE</b>   |           |            |          |             |
| Le respect de la confidentialité  |           |            |          |             |
| L'attention réservée à vos proches  |           |            |          |             |
| Votre jugement global concernant le Centre de Médecine Nucléaire                                |           |            |          |             |
| Commentaires :  |           |            |          |             |

Votre examen :

Sexe : Homme

Femme

Age \_\_\_\_\_ ans

Etes vous en activité

sans activité

Vos coordonnées (facultatif) \_\_\_\_\_

Merci d'avoir répondu à ces quelques questions.