



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION RADIOTHÉRAPIE

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

Votre prise en charge à l'**Institut de Cancérologie de Seine-et-Marne** se termine. Dans un souci permanent d'amélioration de notre centre de radiothérapie, la Direction et les professionnels de santé vous seront très reconnaissants de remplir ce questionnaire à la fin de votre traitement.

Vous pouvez remplir ce questionnaire de manière anonyme si vous le souhaitez.

Si vous le désirez, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Dès que vous avez rempli le questionnaire, vous pouvez le déposer dans la boîte dédiée au niveau de l'accueil.

Nous vous remercions pour votre collaboration !

Votre nom et prénom (facultatif) :			
Sexe : <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Age :ans	
Adresse Mail (facultatif) :			
Temps de trajet entre votre domicile et le centre de radiothérapie :			
Votre médecin radiothérapeute :			
Période de votre traitement : Cochez le mois de début et de fin de votre traitement			Année :
(Si votre traitement a duré sur un seul mois, cochez qu'une seule case)			
<input type="checkbox"/> Janvier	<input type="checkbox"/> Avril	<input type="checkbox"/> Juillet	<input type="checkbox"/> Octobre
<input type="checkbox"/> Février	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Août	<input type="checkbox"/> Novembre
<input type="checkbox"/> Mars	<input type="checkbox"/> Juin	<input type="checkbox"/> Septembre	<input type="checkbox"/> Décembre
Partie du corps traitée :			

Vos données sont collectées uniquement dans le cadre de notre démarche qualité interne afin d'améliorer nos pratiques.

Pour plus d'informations concernant la gestion de vos données personnelles et de vos droits RGPD, nous vous invitons à contacter notre délégué à la protection des données par mail à dpo@icsm77.com

 **Tournez la page, SVP**

