



**icsm**

Institut de Cancérologie  
de Seine-et-Marne

QUA-ENR-017 ; V08 – Mai 2023

## 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 :**  F       M      **Age :** .....ans

**Adresse Mail (facultatif) :** .....

**Temps de trajet entre votre domicile et le centre de radiothérapie :** .....

**Votre médecin radiothérapeute :** .....

**Date de remplissage du questionnaire :** |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**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](mailto:dpo@icsm77.com)*

 **Tournez la page, SVP**

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant  la case de votre choix



= Très satisfait



= Satisfait



= Peu satisfait



= Insatisfait

### Comment jugez-vous ?

1. Votre accueil et prise en charge administrative				
La qualité de la signalétique (orientation) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez un handicap, êtes-vous satisfait de l'aménagement du centre ?..... <input type="checkbox"/> Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité et la disponibilité du personnel de l'accueil et du secrétariat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil téléphonique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté des locaux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. La consultation médicale				
L'accueil, l'amabilité et la disponibilité des médecins .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dialogue avec le médecin sur les bénéfices et les risques du traitement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par le médecin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre ressenti et de vos attentes concernant vos soins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. La consultation paramédicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous bénéficié d'un entretien paramédical ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Si oui, qu'avez-vous pensé de :</b>				
L'accueil, l'amabilité et la disponibilité du manipulateur..... <input type="checkbox"/> Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps dédié à l'entretien (plus ou moins 1 heure)..... <input type="checkbox"/> Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par le manipulateur..... <input type="checkbox"/> Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que cet entretien correspondait à vos attentes ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

4. Votre traitement				
Appareil de traitement de référence concerné : <input type="checkbox"/> HALCYON BLEU <input type="checkbox"/> CLINAC ROUGE <input type="checkbox"/> TRUEBEAM VERT				
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par l'équipe soignante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de vos symptômes..... <input type="checkbox"/> Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de vos contraintes horaires ( <i>retard, adaptation de vos RDV en fonction de vos besoins, ...</i> ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Le respect de vos droits				
Le respect de votre intimité / dignité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité de vos informations (personnelles, médicales et sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Votre suivi : La consultation médicale hebdomadaire en cours de traitement				
La clarté des informations reçues.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fréquence des consultations médicales en cours de traitement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité du médecin pour répondre à vos questions.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Votre appréciation générale				
Comment jugez-vous globalement notre centre de radiothérapie ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si vous deviez recommander notre centre à votre entourage, quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><span>Absolument pas</span><span>Totalement</span></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><span>0</span><span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span><span>6</span><span>7</span><span>8</span><span>9</span><span>10</span></div>			
	<div style="border: 1px solid blue; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>			

Vous pouvez, ici, nous faire part de vos remarques et/ou suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**