



**ICSM**

Institut de Cancérologie  
de Seine-et-Marne

QUA-ENR-017 ; V09 – Octobre 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 :** .....



N'hésitez pas à nous laisser également un **avis sur Google**  
Scanner le QR Code à l'aide de votre appareil photo :



*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>											
	Absolument pas			Totalement							
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	<input type="text"/>										

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

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !