

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

À l'issue de votre séjour dans notre établissement, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.

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 ce questionnaire, vous pouvez le transmettre grâce aux boîtes rouges prévues à cet effet dans le service où vous êtes hospitalisé(e) ainsi que dans le hall d'accueil de la clinique.

Vos réponses seront prises en considération par la direction et l'équipe médicale ; elles nous permettront de travailler à l'amélioration de la qualité de notre service à l'égard de nos patients.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Direction

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (x) la case de votre choix  
 TB = Très bien, B = Bien, P = Passable, M = Mauvais

| Comment jugez-vous ?   | TB | B | P | M |
|--|----|---|---|---|
| L'accueil téléphonique de notre établissement.....                                   |    |   |   |   |
| La clarté des informations pour préparer votre hospitalisation.....                  |    |   |   |   |
| L'accueil principal de l'établissement.....  |    |   |   |   |
| Le service d'admission.....  |    |   |   |   |
| L'accueil lors de votre arrivée dans le service.....                                 |    |   |   |   |
| Le confort de votre chambre.....   |    |   |   |   |
| Le calme dans le service jour.....   |    |   |   |   |
| Le calme dans le service nuit.....   |    |   |   |   |
| L'attention et la disponibilité du personnel hôtelier : service repas.....           |    |   |   |   |
| La propreté de votre chambre.....  |    |   |   |   |
| La qualité des repas.....  |    |   |   |   |
| L'écoute et la disponibilité des médecins.....                                       |    |   |   |   |
| La clarté des informations données par les médecins.....                             |    |   |   |   |
| La prise en compte de votre douleur.....   |    |   |   |   |
| L'attention de l'équipe de bloc opératoire.....                                      |    |   |   |   |
| L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de jour.....                      |    |   |   |   |
| L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de nuit.....                      |    |   |   |   |
| La clarté des informations donnée par l'équipe soignante.....                        |    |   |   |   |
| L'attention réservée à vos proches.....  |    |   |   |   |
| La clarté des informations fournies pour votre sortie.....                           |    |   |   |   |
| Comment jugez-vous globalement notre établissement.....                              |    |   |   |   |
| L'attention et la présentation des brancardiers.....                                 |    |   |   |   |
| Le respect de votre intimité lors des soins.....                                     |    |   |   |   |
| Le respect de la confidentialité des informations qui vous concernent.....           |    |   |   |   |
| Les délais d'attente (hors consultations médicales).....                             |    |   |   |   |
| Le contenu du guide d'information patient (livret d'accueil) qu'on vous a remis..... |    |   |   |   |

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

Date de votre séjour : .....

Dans un service : ambulatoire  chirurgie  nbs. de nuits passées

Votre chambre était : particulière  double  autres

Vous êtes : un homme  une femme

Vous êtes : en activité  sans activité

Quel est votre âge :    ans Quel est le code postal de votre domicile

Facultatif, vos nom et adresse : .....

**VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER, MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**

A remplir par l'établissement 885 : Mois   Code Local   Pathologie   Saisie