

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

- soit directement au personnel de votre service d'hospitalisation,
- soit à l'hôtesse du bureau des sorties,
- soit dans la boîte prévue à cet effet : 1 boîte à l'accueil du pôle santé de la femme, 1 boîte à l'accueil de Beauregard II et 1 boîte dans chaque unité de soins.

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.

Le Directeur

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 de jour :				
Le calme dans le service de nuit :				
L'attention et 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 charge 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 données par l'équipe soignante :				
L'attention réservée à vos proches :				
La clarté des informations fournies pour votre sortie :				
Comment jugez-vous globalement notre établissement :				
Et plus particulièrement, comment jugez-vous				
Les délais de réponse aux appels-malade.....				
Les délais d'attente aux secrétariats de services :				
La clarté des informations pour la prise en charge de votre douleur (livret douleur)				
Le comportement du personnel à votre égard et de votre entourage				
L'aide qui vous a été apporté en cas de nécessité (aide à la prise de repas, toilettes...)				
Recommanderiez-vous notre établissement à vos proches	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

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

Etes-vous entré en urgences : oui non

Votre chambre était : particulière double autre nombre de nuits passées

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 coordonnées :

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER, MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

A remplir par l'établissement 144:Mois Code Local Service Saisie