

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

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

Votre avis sera précieux pour nous aider à travailler à l'amélioration de la qualité de nos services à l'égard de nos patients.

Dès que vous l'avez rempli, il vous est possible, le jour de votre sortie, de le remettre au responsable de service, au personnel soignant, dans la boîte aux lettres rouge prévue à cet effet dans le hall d'accueil ou nous le renvoyer par courrier.

Nous vous remercions à l'avance de votre participation, et nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Directeur

L'équipe soignante

Êtes-vous entre(é) en urgences : Oui  Non

Date d'entrée : .....

Date de sortie : .....

Dans quel service : Chirurgie  Maternité  Médecine

Spécialité : .....

Nom du médecin : .....

Votre chambre était : Particulière  Double  Autre  N° de chambre : .....

Nombre de nuits passées : .....

Vous êtes : Un homme  Une femme  En activité  Sans activité

Vous êtes : La personne hospitalisée  Un parent d'enfant hospitalisé  Un proche

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

Facultatif,

Vos nom et prénom : .....

Adresse : .....

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

# Questionnaire de Satisfaction

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 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations pour préparer votre hospitalisation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil principal de l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le service d'admission .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors de votre arrivée dans le service .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort de votre chambre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service de jour .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service de nuit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention et disponibilité du personnel hôtelier : service repas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité des médecins .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par les médecins .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre douleur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention de l'équipe de bloc opératoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe de jour .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe de nuit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par l'équipe soignante .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention réservée à vos proches .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations fournies pour votre sortie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment jugez-vous globalement notre établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Comment jugez-vous également :

L'accueil en consultation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil en imagerie médicale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le déplacement en brancard ou fauteuil pendant votre hospitalisation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité et de votre personne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations reçues sur votre état de santé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....

.....

.....

.....