



## **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 au personnel soignant ou le déposer dans les boîtes rouges prévues à cet effet dans les halls d'accueil, médecine et chirurgie 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.

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 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 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 : .....				
L'attention de l'équipe en salle de réveil : .....				
La clarté des informations sur les honoraires des praticiens : .....				
Le stationnement : .....				
La clarté de la signalétique dans l'établissement : .....				
Les quantités servies lors des repas : .....				

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

Etes-vous entré aux urgences : oui  non

Dans le service : ambulatoire  chirurgie  maternité  médecine

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 419 : Mois   Code Local   Pathologie   Saisie