

**VOTRE AVIS NOUS INTERESSE**

Vous avez choisi notre établissement et nous vous remercions de votre confiance.

Sensible à une amélioration constante de la qualité de nos prestations, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous faire part de votre appréciation générale sur vos conditions de séjour. Ce questionnaire est à remettre au secrétariat lors de votre sortie.

La Direction et l'ensemble du personnel vous remercient de votre précieuse collaboration.

		<i>Excellent</i>	<i>Bon</i>	<i>Passable</i>	<i>Mauvais</i>	<i>Non concerné</i>
<b>STANDARD</b>	• Informations données par le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>				
	• Disponibilité	<input type="checkbox"/>				
	• Qualité des informations transmises	<input type="checkbox"/>				
	• Délai d'attente	<input type="checkbox"/>				
<b>BUREAU DES ADMISSIONS</b>	• Disponibilité des secrétaires	<input type="checkbox"/>				
	• Qualité des informations fournies	<input type="checkbox"/>				
	• Délai d'attente	<input type="checkbox"/>				
	• Accueil chaleureux	<input type="checkbox"/>				
	• Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				
<b>SOINS INFIRMIERS</b>	• Disponibilité et écoute	<input type="checkbox"/>				
	• Amabilité	<input type="checkbox"/>				
	• Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>				
	• Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				
<b>BLOC OPERATOIRE</b>	• Disponibilité et amabilité	<input type="checkbox"/>				
	• Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
	• Prise en charge lors de votre arrivée au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>				
	• Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>				
<b>SERVICE HOTELIER</b>	• Respect du souhait de la chambre (particulière ou non)	<input type="checkbox"/>				
	• Propreté de la chambre (hospitalisation) ou du box (ambulatoire) et des sanitaires	<input type="checkbox"/>				
	• Confort de la chambre ou du box	<input type="checkbox"/>				
	• Fonctionnement des équipements (TV, téléphone, sonnette, placard)	<input type="checkbox"/>				
	• Respect des demandes particulières concernant les repas	<input type="checkbox"/>				
	• Qualité des repas (hospitalisation) ou du plateau de collation (ambulatoire)	<input type="checkbox"/>				
	• Température des repas	<input type="checkbox"/>				
	• Quantité des repas	<input type="checkbox"/>				
	• Nuisances sonores le jour	<input type="checkbox"/>				
	• Nuisances sonores la nuit	<input type="checkbox"/>				
<b>BUREAU DES SORTIES</b>	• Préparation de votre sortie	<input type="checkbox"/>				
	• Amabilité, disponibilité et écoute	<input type="checkbox"/>				
	• Délai d'attente	<input type="checkbox"/>				
	• Clarté de la facture	<input type="checkbox"/>				

- Quelles suggestions pouvez-vous indiquer afin d'améliorer la qualité des prestations que notre établissement propose?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Merci de noter de 1 à 20 votre satisfaction générale par rapport à notre établissement :

.....

AGE : .....

SEXE :      Féminin               Masculin

SERVICE :    Hospitalisation     Ambulatoire

ETAGE:      1<sup>er</sup>               2<sup>ème</sup>               3<sup>ème</sup>

DATE DE  
VOTRE SEJOUR :      Du ..... au .....