

enquête de satisfaction

Dans le but d'améliorer de façon continue votre prise en charge, nous mettons à votre disposition une enquête de satisfaction. Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes pour la remplir afin de nous permettre de mieux répondre à vos attentes. Ce document est à remettre au personnel lors de votre départ ou à déposer dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet.

Nom / Prénom (facultatif) : Date : ____/____/____
Service :

L'accueil	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Nc ¹
• localisation des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• facilités de parking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• accueil par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le séjour	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Nc ¹
• le confort de votre chambre	<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"/>	
• le calme dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• les services proposés (télévision, téléphone...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le personnel et les soins	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Nc ¹
que pensez vous ? :					
• des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• des infirmier(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• des autres personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• de la date d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• du respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• de la qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• de la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'information	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Nc ¹
• l'information écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• l'information orale par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• l'information orale par l'anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• l'information orale par l'infirmier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• l'information orale par la secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

merci de nous faire part de vos suggestions afin d'améliorer la qualité des séjours au sein de l'hôpital

Pour les plaintes et réclamations, voir les articles R.1112-91 à R.1112-94 du code de la santé publique reproduits dans ce livret.