

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Date de Sortie :

Vous venez d'être hospitalisé(e). Nous aimerions connaître votre appréciation d'ensemble sur votre séjour afin d'améliorer les prestations que nous vous proposons.

IDENTIFICATION PATIENT(E)

Nom (facultatif) :

Prénom (facultatif) :

Service d'hospitalisation :

Âge : Sexe : Masculin Féminin

L'ACCUEIL

Votre appréciation sur l'accueil :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
Au bureau des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS

Votre appréciation sur les soins :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les explications du médecin sur l'évaluation de votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les explications du médecin sur les examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les explications du médecin sur les traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE SÉJOUR

Votre appréciation sur les services mis à disposition :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
Le Téléphone	U	U	U	U
La Télévision	U	U	U	U
La Boutique	U	U	U	U

Votre appréciation sur la chambre :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
La propreté	U	U	U	U
La température	U	U	U	U
Le bruit	U	U	U	U

Votre appréciation sur les repas :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
La qualité	U	U	U	U
La quantité	U	U	U	U
La température	U	U	U	U
Le choix	U	U	U	U

LA SORTIE

Votre appréciation sur vos conditions de sortie :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
Les horaires	U	U	U	U
Les formalités	U	U	U	U
Les informations	U	U	U	U

APPRÉCIATION GLOBALE

Sur l'ensemble du séjour, vous avez été :

Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
U	U	U	U

Recommanderiez-vous le ou les services où vous avez été hospitalisé(e) à vos proches ?

U Oui U Non

Vos remarques et suggestions de tous ordres :

.....

.....

.....

.....

Ce Questionnaire est à retourner, au Service Qualité, ou à déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet se trouvant à la sortie de chaque service. Merci.