

AIDEZ-NOUS A VOUS SATISFAIRE

Dans le but de répondre à vos besoins et à ceux des futurs hospitalisés, nous vous serions reconnaissants de prendre quelques minutes pour nous commenter votre séjour, en remplissant l'enquête ci-dessous. Nous vous assurons que les informations recueillies resteront confidentielles.

Dites-nous s'il vous plaît, ce que vous pensez de votre séjour. Votre opinion nous est très précieuse et nous aidera à améliorer nos services et nos soins.

Nous vous remercions de votre collaboration.

1. Précisez votre service d'hospitalisation

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> M1B | <input type="checkbox"/> M1D | <input type="checkbox"/> M2A | <input type="checkbox"/> M2B | <input type="checkbox"/> M3A | <input type="checkbox"/> M3B |
| <input type="checkbox"/> M4A | <input type="checkbox"/> Chirurgie A | <input type="checkbox"/> Chirurgie B | <input type="checkbox"/> HTU | <input type="checkbox"/> SIR | <input type="checkbox"/> SIC |
| <input type="checkbox"/> Moyen séjour | <input type="checkbox"/> Pédiatrie | <input type="checkbox"/> OPH | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Maternité | <input type="checkbox"/> Réanimation |

L'ACCUEIL

Votre appréciation sur l'accueil :

| | Très satisfait | Satisfait | Insatisfait | Très insatisfait | Sans opinion |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Au bureau des entrées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Aux urgences | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LE SEJOUR

Votre appréciation sur votre séjour:

| | Très satisfait | Satisfait | Insatisfait | Très insatisfait | Sans opinion |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Sur le confort de votre chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sur l'état de propreté des locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sur la qualité de la nourriture | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sur les horaires des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LE PERSONNEL

Votre appréciation sur votre séjour:

| | Très satisfait | Satisfait | Insatisfait | Très insatisfait | Sans opinion |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. L'équipe médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. L'équipe soignante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Le service social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LE PERSONNEL

12. Globalement, pour l'ensemble de votre séjour dans le service, diriez-vous que vous avez été :

| | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> Très insatisfait | <input type="checkbox"/> Sans opinion |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|

13. Que souhaiteriez-vous communiquer ?