

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Mademoiselle, Madame, Monsieur,
 Vous allez quitter notre établissement. Nous espérons que votre séjour a répondu à vos attentes, tant dans le domaine des soins que dans celui de l'hôtellerie.
 Votre opinion est précieuse pour améliorer la qualité des prestations dont vous avez bénéficié.
 Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire de satisfaction.

Pour chaque question, cochez la case qui correspond à votre niveau de satisfaction :

Comment avez-vous apprécié ?



	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
- L' ACCES au Nouvel Hôpital (accès routier, accès via les transports en commun, ...)	<input type="checkbox"/>				
- Le FLECHAGE et la SIGNALETIQUE permettant l'orientation dans l'établissement	<input type="checkbox"/>				
- L' ACCUEIL à votre arrivée dans le service de soins	<input type="checkbox"/>				
- La prise en compte de votre DOULEUR	<input type="checkbox"/>				
- La prise en compte des INCONFORTS liés à votre maladie (nausées, vomissements, positions, vertiges ...)	<input type="checkbox"/>				
- Les SOINS reçus à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>				
- L' INFORMATION RECUE sur votre état de santé, sur les médicaments prescrits, ...	<input type="checkbox"/>				
- Le CONFORT HOTELIER (chambre, locaux)	<input type="checkbox"/>				
- Les REPAS (qualité, quantité, choix, horaires ...)	<input type="checkbox"/>				
- L'organisation de votre SORTIE (annonce de votre sortie, destination de sortie, informations données sur les soins et traitements à poursuivre à domicile ...)	<input type="checkbox"/>				
Quelle est votre APPRECIATION GENERALE ?	<input type="checkbox"/>				

Si vous avez des commentaires ou des suggestions, merci de nous en faire part, ici :

Sur quel SITE avez-vous été hospitalisé ?

- Trèvenans Mittan Bavilliers Non identifié

Dans quel SERVICE avez-vous été hospitalisé ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital de jour de médecine | <input type="checkbox"/> Hospitalisation courte enfant | <input type="checkbox"/> Chirurgie ambulatoire |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie 1 | <input type="checkbox"/> Ortho Traumato - OPH - Douleur | <input type="checkbox"/> Néonatalogie |
| <input type="checkbox"/> Néphrologie - Cardiologie 2 | <input type="checkbox"/> Médecine interne - Hématologie | <input type="checkbox"/> SSR Niveau 0 (Mittan) |
| <input type="checkbox"/> Soins Intensifs | <input type="checkbox"/> Diabétologie - Dermatologie | <input type="checkbox"/> SSR Niveau -1 (Mittan) |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Réanimation-USC | <input type="checkbox"/> SSR Niveau -2 (Mittan) |
| <input type="checkbox"/> Hépatogastroentérologie 1 | <input type="checkbox"/> Pneumologie 1 | <input type="checkbox"/> Oncologie (Mittan) |
| <input type="checkbox"/> Hépatogastroentérologie 2 - USP | <input type="checkbox"/> Pneumologie 2 | <input type="checkbox"/> Neurogériatrie (Bavilliers) |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie 1 | <input type="checkbox"/> Maternité 1 ou 2 | <input type="checkbox"/> SSR (Bavilliers) |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie 2 | <input type="checkbox"/> Gynécologie - Chirurgie Plastique | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologie - Infectiologie | <input type="checkbox"/> Chir. digestive et endocrinienne 1 | <input type="checkbox"/> Non identifié |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation courte adulte | <input type="checkbox"/> Chir. digestive et endocrinienne 2
- Chirurgie vasculaire | |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrie | <input type="checkbox"/> Urologie - ORL - Stomatologie | |

Date d'hospitalisation :

**Vous pouvez indiquer vos coordonnées ci-dessous si vous le souhaitez.
La confidentialité de vos réponses est garantie.**

Nom et prénom :

Adresse :

.....

.....

Glissez ce questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe et remettez-la au personnel du service ou envoyez-la après l'avoir timbrée.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.