

VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION	 Excellent	 Très bon	 Bon	 Mauvais	 Très mauvais	Ne se prononce pas				
VOTRE PRISE EN CHARGE										
11. Quelle est votre niveau de satisfaction par rapport à la prise en charge par : - L'équipe médicale ? - L'équipe soignante (infirmier, aide-soignant) ? - Les autres professionnels (kinésithérapeute, psychologue, diététicienne, secrétaire médicale, agent logistique...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. Que pensez-vous des possibilités de participation aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. Que pensez-vous de la façon dont votre douleur a été soulagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14. Comment considérez-vous la prise en compte des inconforts rencontrés durant votre parcours de soins (malaise, nausées, mauvaise position, vertiges...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. Quelle est votre appréciation par rapport au délai d'attente pour obtenir de l'aide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. Que pensez-vous de la vérification de votre identité durant votre parcours de soins et lors de vos examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
L'HOTELLERIE										
17. Que pensez-vous de : - La propreté générale de l'établissement ? - La propreté de votre chambre/box/ salle de consultation ? - Le confort des salons et/ou salles d'attente ? - Le confort de votre chambre/box/salle de consultation ? - Les autres commodités ou services proposés (cafétéria, salons de détente, distributeurs, espaces extérieurs...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18. Concernant la prestation restauration, que pensez-vous de : - La qualité des repas ? - La quantité des repas ? - La chaleur des plats ? - Le respect de vos choix et/ou régimes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
VOTRE SORTIE										
19. Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée par exemple, l'annonce de votre date de sortie, votre destination à la sortie, ordonnances, transports ... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20. Que pensez-vous des explications reçues concernant les médicaments prescrits à votre sortie (comme le dosage, les horaires, les effets indésirables...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21. Que pensez-vous des informations reçues sur les signes ou les complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin après la sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MIEUX VOUS CONNAÎTRE										
22. Comment avez-vous connu nos établissements ?	Par votre médecin traitant <input type="checkbox"/>		Par un autre professionnel <input type="checkbox"/>		Par vous même <input type="checkbox"/>					
23. Etes-vous suivi régulièrement au sein de notre établissement ?	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> PARFOIS		<input type="checkbox"/> NON					
24. Si vous deviez attribuer une note concernant votre niveau de satisfaction vis-à-vis de l'établissement, quelle serait-elle ? (1 = très peu satisfait / 10 = tout à fait satisfait)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vos remarques et suggestions										