

ENQUETE DE SATISFACTION DES PATIENTS

Nous vous remercions de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire d'évaluation de votre séjour, en cochant, pour chaque question, la case de votre choix.
Vous pouvez le remettre au cadre infirmier ou le déposer dans la boîte aux lettres de l'étage. Vous pouvez également le remplir de retour chez vous et l'adresser par la poste

UNITE : **DATE**

NOM : **Prénom :**
(*facultatif*)

Vous êtes **la personne hospitalisée**

un proche

Vous avez été admis : **en urgence**

en hospitalisation programmée

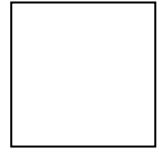
Degré de satisfaction : (1) non satisfait, (2) peu satisfait, (3) satisfait, (4) très satisfait.

	1	2	3	4		1	2	3	4
ACCUEIL <ul style="list-style-type: none"> ▪ à l'arrivée au CCML ▪ au service des admissions ▪ dans l'unité d'hospitalisation ▪ dans les autres services (radio, écho) ▪ des parents en Pédiatrie (hébergement) INFORMATION <ul style="list-style-type: none"> ▪ sur le déroulement de votre hospitalisation ▪ sur votre état de santé ▪ sur votre traitement LES RELATIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ avec les médecins ▪ avec les soignants ▪ avec les autres professionnels Précisez lesquels : Identification des différents professionnels (badge, tenue) La disponibilité <ul style="list-style-type: none"> ▪ des médecins ▪ des soignants Le respect de votre intimité Les délais d'attente Précisez où : La prise en charge de votre douleur					HOTELLERIE Les locaux <ul style="list-style-type: none"> ▪ propreté ▪ calme ▪ signalisation interne Les repas <ul style="list-style-type: none"> ▪ qualité ▪ quantité ▪ horaires Téléphone <ul style="list-style-type: none"> ▪ mise en service ▪ prestation Télévision <ul style="list-style-type: none"> ▪ mise en service LA SORTIE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information sur le transport ▪ Organisation ▪ Indications sur le suivi médical 				

	OUI	NON
Conseilleriez-vous à un proche d'être hospitalisé au CCML :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selon vous, y-a-t-il des points sur lesquels nous devons nous améliorer :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-		
-		
-		
-		
-		
Accepteriez-vous d'être interrogé ultérieurement, de façon ponctuelle, lors d'une de nos enquêtes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CONFIDENTIEL



A l'attention de Monsieur le Directeur

**Centre Chirurgical Marie-Lannelongue
133, avenue de la Résistance
92350 LE PLESSIS ROBINSON**

Questionnaire à remettre avant votre départ dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou à poster.