





**Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant  la case de votre choix**





 = Très satisfait     = Plutôt satisfait     = Plutôt pas satisfait     = Pas du tout satisfait

**Comment jugez-vous ?**





**Votre accueil :**

				
L'accueil téléphonique de notre établissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations pour préparer votre hospitalisation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil principal de l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le service d'admission.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors de votre arrivée dans le service.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vos Prestations hôtelières :**

				
Le confort de votre chambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service de jour.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service de nuit..... (non concerné <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des produits servis lors des repas/collations .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les quantités servies .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre commande en cas de demande de modification .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité et la convivialité du personnel ayant servi vos repas/collations....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre au quotidien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Votre prise en charge :**

				
La clarté des informations données par les médecins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur les médicaments pris pendant votre séjour .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre douleur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention de l'équipe de bloc opératoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de jour .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de nuit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par l'équipe soignante .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention réservée à vos proches .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations fournies pour votre sortie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Comment jugez-vous globalement notre établissement**

L'information transmise dans le livret d'accueil .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accès à l'établissement pour les personnes présentant un handicap (moteur, sensoriel,...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prestation accompagnant (collation, lit accompagnant...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'attente à l'entrée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'attente à la sortie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous deviez recommander notre établissement à un ami/proche, quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?

.....

**Vous pouvez, ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :**

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**

[www.ramsaygds.fr](http://www.ramsaygds.fr)



Nous prenons soin de vous

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER


Madame, Monsieur,

Vous venez de séjourner dans notre établissement, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire ci-joint et de le déposer dans la boîte réservée à cet effet dans le service.

Soucieux de la satisfaction de nos patients, nous prendrons en considération tout ce qui pourrait améliorer la qualité de votre séjour.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

La Direction

<b>Vous êtes entré en urgence :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>Vous êtes :</b> Un homme <input type="checkbox"/> Une femme <input type="checkbox"/>
<b>Dans le service :</b> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/>	
<b>Votre chambre était :</b> Particulière <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	nombre de nuits passées /_/_/_
<b>→ Précisez l'offre de chambre particulière :</b> Solo <input type="checkbox"/> Solo+ <input type="checkbox"/> Solo confort <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
<b>Vous êtes :</b> En activité <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/>	
<b>Quel est votre âge :</b> /_/_/_/ans	<b>Quel est le code postal de votre domicile :</b> /_/_/_/_/_
Facultatif, vos coordonnées : .....	
 .....	

 tournez la page, SVP