



# Questionnaire de sortie

Vous avez été reçu(e) au Centre Médical d'Oussoulx. Nous aimerions connaître votre avis sur votre séjour dans notre établissement. Vos réponses, qui peuvent être anonymes, nous permettront d'améliorer la qualité de notre accueil et de nos prestations.

**Si vous le désirez, donnez :**

Vos Noms et Prénoms : .....

La date de votre séjour : .....

Votre N° de chambre : .....

## VOTRE ENTREE

	Très satisfait(e) ☺☺	Satisfait(e) ☺	Moyennement satisfait(e) ☺	Insatisfait(e) ☹
<b>Etes-vous satisfait(e) A l'Accueil :</b>				
De l'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE SEJOUR

	Très satisfait(e) ☺☺	Satisfait(e) ☺	Moyennement satisfait(e) ☺	Insatisfait(e) ☹
<b>Etes-vous satisfait(e) de votre chambre</b>				
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement (TV, téléphone...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Etes-vous satisfait(e) de la restauration</b>				
Quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOS SOINS

	Très satisfait(e) ☺☺	Satisfait(e) ☺	Moyennement satisfait(e) ☺	Insatisfait(e) ☹
<b>Etes-vous satisfait(e)</b>				
De la qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LE RESPECT DE VOS DROITS

	Très satisfait(e) ☺☺	Satisfait(e) ☺	Moyennement satisfait(e) ☺	Insatisfait(e) ☹
<b>Etes-vous satisfait(e)</b>				
De l'information donnée sur vos droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du droit d'accès à votre dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'EQUIPE MEDICALE

**Selon vous, les médecins ont été :**

- Très disponibles
- Disponibles
- Peu disponibles
- Pas du tout disponibles

**Par rapport à vos problèmes de santé, vous avez été :**

- Très bien informé(e)
- Suffisamment informé(e)
- Passablement informé(e)
- Mal informé(e)

## LE PERSONNEL

<b>Etes-vous satisfait(e)</b>	Très satisfait(e) 😊😊	Satisfait(e) 😊	Moyennement satisfait(e) 😐	Insatisfait(e) 😞
<b>L'équipe Soignante :</b>				
De la disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations fournies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L'équipe d'Agent de Service :</b>				
De la disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations fournies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L'équipe administrative :</b>				
De la disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations fournies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE SORTIE

<b>Etes-vous satisfait(e)</b>	Très satisfait(e) 😊😊	Satisfait(e) 😊	Moyennement satisfait(e) 😐	Insatisfait(e) 😞
De l'organisation de votre sortie (horaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations reçues avant votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## APPRECIATION GENERALE

<b>Etes-vous satisfait(e)</b>	Très satisfait(e) 😊😊	Satisfait(e) 😊	Moyennement satisfait(e) 😐	Insatisfait(e) 😞
De votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques particulières à nous adresser ou des suggestions à nous faire ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....