

Service de : \_\_\_\_\_

NOM : (Facultatif) \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

## L'Accueil

◆ **Les conditions dans lesquelles vous avez été accueilli vous ont paru :**

- ◇ A l'accueil administratif       EXCELLENTE       SATISFAISANTE       MAUVAISE
- ◇ Dans le service de soins       EXCELLENTE       SATISFAISANTE       MAUVAISE

## Les Soins

◆ **La qualité des soins :**       EXCELLENTE       SATISFAISANTE       MAUVAISE

Si MAUVAISE : Pourquoi ? \_\_\_\_\_

◆ **Avez-vous eu des informations sur vos soins ? :**     OUI       NON       UN PEU

◆ **Etes vous satisfait du respect de votre intimité et de la confidentialité ? :**  
 OUI       NON



Si NON : Pourquoi ? \_\_\_\_\_

## Les Examens

◆ **Si vous avez subi des examens, vous a-t-on expliqué :**

- a) leur but     OUI       NON      b) Leur déroulement       OUI       NON

## Le Traitement

◆ **Avez-vous eu les informations souhaitées ? :**

- a) Sur votre traitement       OUI       NON
- b) Sur votre maladie       OUI       NON



◆ **Avez-vous compris les termes employés ? :**  OUI       NON

## La Douleur

◆ **Etes vous satisfait de la prise en charge de la douleur ? :**     OUI       NON

Si NON : Pourquoi ? \_\_\_\_\_

## Le Confort Hôtelier

◆ **Le lit était-il confortable ? :**     OUI     NON

◆ **Etes-vous satisfait du ménage de la chambre ? :**  OUI     NON

Si NON : Pourquoi ? \_\_\_\_\_



◆ **La qualité et la propreté du linge fourni étaient :**

- EXCELLENTE       SATISFAISANTE       MAUVAISE

- ◆ **La qualité des repas servis était :**  
 EXCELLENTE       SATISFAISANTE       MAUVAISE
- ◆ **La quantité servie lors des repas était :**  
 EXCELLENTE       SATISFAISANTE       MAUVAISE



### Le Bruit

- ◆ **Avez-vous été incommodé par le bruit ? :**  
 Le jour     OUI     NON                       La nuit     OUI     NON  
 Si OUI : pour quelles raisons : \_\_\_\_\_

### Les Activités

- ◆ **Les prestations ci-dessous vous ont-elles paru satisfaisantes ? :**
-  Téléphone     OUI     NON                       Télévision     OUI     NON
-  Courrier     OUI     NON

### L'Utilisation des Ambulances et VSL de l'établissement

- ◆ **Etes vous satisfait de la qualité des conditions de transport effectués par le personnel et les véhicules de l'établissement ? :**  
 OUI     NON  
 Si NON : pour quelles raisons : \_\_\_\_\_

### L'Organisation de votre Sortie

- ◆ **Vous a-t-on indiqué votre heure de sortie ? :**                       OUI     NON
- ◆ **Cette heure a-t-elle correspondu à vos souhaits ? :**                       OUI     NON



### Appréciation Globale sur votre Séjour

- ◆ **Au moment de quitter le Centre Hospitalier de LANMARY, votre impression est :**
- ➔ Sur l'équipe médicale     EXCELLENTE     BONNE     MAUVAISE
- ➔ Sur l'équipe soignante     EXCELLENTE     BONNE     MAUVAISE
- ➔ Sur le personnel du Bureau des Entrées     EXCELLENTE     BONNE     MAUVAISE



### Autres Observations :

---



---



---



---



---



---

Ce document est à déposer dans la boîte à idées située près de l'office dans le service de soins.