



Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé au Centre Hospitalier Geneviève de Gaulle Anthonioz de Saint-Dizier.

L'ensemble du personnel s'est efforcé de rendre votre séjour aussi agréable que possible.

Afin d'améliorer encore nos prestations, nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire suivant en choisissant le symbole qui exprime le mieux votre ressenti.

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
			

Nom - Prénom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Service d'hospitalisation \_\_\_\_\_ Date d'entrée \_\_\_\_\_

Numéro de chambre \_\_\_\_\_

### L'ACCUEIL

Etes-vous satisfait de votre accueil :

					Non concerné
Aux urgences					
Au bureau des admissions					
Dans l'unité de soins					

Votre entourage est-il satisfait de son accueil :

Aux urgences					
Au bureau des admissions					
Dans l'unité de soins					

### QUALITÉ DE L'INFORMATION

Etes-vous satisfait :

					Non concerné
De l'information sur les conditions de séjour					
De l'information sur votre état de santé par le médecin					
De l'information sur les soins prodigués par l'équipe soignante					

### QUALITÉ DES SOINS REÇUS

Etes-vous satisfait :

					Non concerné
Des soins reçus					
De la coordination des soins spécifiques (imagerie médicale, kiné, assistante sociale, diététicienne...)					

### SI VOUS AVEZ BÉNÉFICIÉ D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Etes-vous satisfait de l'équipe paramédicale au bloc opératoire :

					Non concerné
L'accueil					
L'attente					
Les soins					

## QUALITÉ DES RELATIONS AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE (infirmier/aide-soignant)

Estimez-vous que l'équipe soignante a été :

					Non concerné
Courtoise					
Disponible					
Attentive à vos besoins					

## QUALITE DES RELATIONS AVEC L'ÉQUIPE MÉDICALE

Estimez-vous que l'équipe médicale a été :

					Non concerné
Courtoise					
Disponible					
Attentive à vos besoins					

## VOTRE SORTIE

Comment jugez-vous :

					Non concerné
La préparation de votre sortie (documents, transports, ordonnances...)					
Les explications fournies sur le traitement donné à votre sortie					
L'information sur les activités possibles après votre sortie					

## DOULEUR

					Non concerné
Estimez-vous que votre douleur a été prise en charge ?					

### VOTRE CHAMBRE

Etes-vous satisfait :

					Non concerné
De sa propreté					
De son confort					
De sa tranquillité					

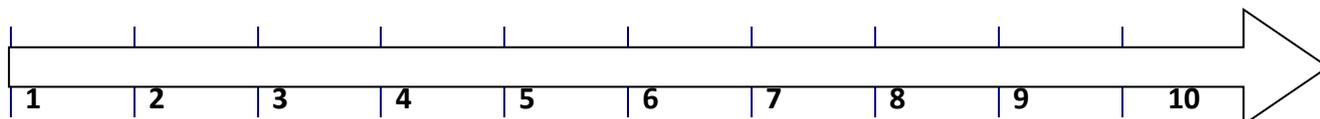
### VOS REPAS

Etes-vous satisfait :

					Non concerné
De la qualité					
De la quantité					
De la présentation					

QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION GLOBALE SUR VOTRE SÉJOUR.

1 = pas du tout satisfait      10 = très satisfait



QUELLES SONT LES PROPOSITIONS QUE VOUS SOUHAITEZ FORMULER POUR NOUS AIDER A NOUS AMÉLIORER

---

---

---

---

---

**Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.**

**Questionnaire à remettre à l'équipe soignante ou à déposer dans les boîtes prévues à cet effet (situées à chaque étage).**