

Questionnaire de sortie

Afin de mieux connaître vos attentes et d'améliorer la qualité de nos prestations, le Centre Hospitalier du Mont d'Or vous propose de répondre à quelques questions.

Vous pouvez remettre ce questionnaire au secrétariat ou au cadre de santé du service, au bureau des entrées ou le retourner à l'établissement à l'adresse suivante :

Secrétariat de Direction
Centre Hospitalier du Mont d'Or
Chemin Notre Dame - 69250 ALBIGNY SUR SAONE



• Quelle appréciation portez-vous sur les éléments suivants ?

VOTRE ACCUEIL

	Excellent	Satisfaisant	Insuffisant	Très insuffisant
- Votre accueil dans le service au moment de votre arrivée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'information concernant les démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES PRESTATIONS HOTELIERES

	Excellent	Satisfaisant	Insuffisant	Très insuffisant
- Le confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La propreté du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE PRISE EN CHARGE

	Excellent	Satisfaisant	Insuffisant	Très insuffisant
- Equipe médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Equipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traitement de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualité de l'information fournie sur votre état de santé et vos traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Respect de l'intimité et de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRANSPORT (pour examens ou consultations à l'extérieur)

	Excellent	Satisfaisant	Insuffisant	Très insuffisant
- Qualité du délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualité de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualité du transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SORTIE

	Excellent	Satisfaisant	Insuffisant	Très insuffisant
- qualité de l'information concernant votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

vous pouvez indiquer votre nom et votre service d'hospitalisation si vous le souhaitez :

.....

.....