

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

### SERVICE : HOPITAL DE JOUR

À l'issue de votre séjour dans notre établissement, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.

Si vous le désirez, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.


Dès que vous avez rempli ce questionnaire, vous pouvez nous le transmettre grâce aux boîtes aux lettres prévues à cet effet dans le service où vous êtes hospitalisé(e) ainsi que dans le hall d'accueil de la clinique.

Vos réponses seront prises en considération par la direction et l'équipe médicale ; elles nous permettront de travailler à l'amélioration de la qualité de notre service à l'égard de nos patients.

D'autre part, quelques jours après votre retour à domicile, **il est possible que vous soyez sollicité par mail, dans le cadre du dispositif national «e-Satis», qui mesure la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés. Par avance, nous vous remercions du temps que vous prendrez pour remplir ce questionnaire. Vos retours sont essentiels pour l'amélioration de notre prise en charge.**

Nous vous remercions par avance de votre participation à ces deux enquêtes et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La Direction

<b>Votre arrivez :</b>	De votre domicile <input type="checkbox"/>	D'un établissement hospitalier <input type="checkbox"/>	Lequel : .....
<b>Vous étiez :</b>	en hospitalisation de jour		
Nombre de séances réalisées /_/_/			
<b>Vous êtes :</b>	Un homme <input type="checkbox"/>	Une femme <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 (postale ou mail) : .....			
 .....			
<b>Date de sortie :</b> /_/_/_/ /_/_/ 202/_/_/			

tournez la page, SVP 

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



Comment jugez-vous ?



**Notre 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 séjour .....	<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"/>
La clarté des explications sur le déroulement de votre séjour .....	<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"/>

**Nos prestations hôtelières**

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

**Votre prise en charge**

L'aide des personnels pour vous familiariser à l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre souffrance morale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur votre traitement médicamenteux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité des médecins .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par les médecins .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur physique .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante .....	<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 .....				(non concerné □)
Les moyens mis à disposition pour occuper vos temps libres .....	<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"/>

**Nos 5 questions ciblées pour cette année**

Notre soutien dans l'accompagnement de votre maladie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'influence des conférences sur vos habitudes de vie (alimentation, tabac et activités physiques) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les différentes activités physiques proposées .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre confidentialité .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intérêt de la réadaptation cardio-vasculaire après un incident cardiaque .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Globalement**

Comment jugez-vous notre établissement ?



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

/ 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.ramsaysante.fr