

🔊 Que pensez-vous de la collation qui vous a été servie ?

	😊 Satisfaisant	😊 Plutôt satisfaisant	☹️ Plutôt insatisfaisant	☹️ Insatisfaisant
• La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'adaptation à votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE PERSONNEL SOIGNANT

🗣️ Comment estimez-vous :

	😊 Satisfaisant	😊 Plutôt satisfaisant	☹️ Plutôt insatisfaisant	☹️ Insatisfaisant
• L'attention du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La qualité des soins reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ÉQUIPE MÉDICALE

👨‍⚕️ Les médecins ont-ils été disponibles ?

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

👨‍⚕️ Les médecins vous ont-ils informés :

- Sur votre état de santé
- Sur le déroulement de votre hospitalisation
- Sur votre entrée
(heure d'arrivée, documents à apporter)
- Sur la préparation avant l'intervention

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

🗣️ Considérez-vous que votre douleur a été :

- Prise en charge ?
- Évaluée ?
- Traitée ?

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE

📄 Avez-vous reçu des informations avant votre sortie ?

Ces informations vous ont-elles parues :

- Rassurantes
- Adaptée à votre état
- Suffisantes

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GLOBALEMENT

Comment jugez-vous votre séjour à l'hôpital ?

😊 Satisfaisant	😊 Plutôt satisfaisant	☹️ Plutôt insatisfaisant	☹️ Insatisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques à formuler ?
.....
.....



Nous vous invitons à déposer ce document dans l'urne mise à votre disposition au service.