Groupe Hospitalier Intercommunal
Le Raincy-Montfermeil

Questionnaire de sortie

Votre avis nous intéresse...

EN 050 011
Version 1
Date : 11/05/2015

Mademoiselle, Madame, Monsieur,
Vous allez quitter notre établissement. Nous espérons que votre séjour a répondu à votre attente. Votre opinion est précieuse pour améliorer la qualité des prestations que nous vous offrons. Nous vous remercions par avance de prendre quelques instants pour répondre à ces questions. Vos réponses sont anonymes. Nous vous prions d'agréer, Mademoiselle, Madame, Monsieur, nos sentiments les meilleurs. *Le Directeur*

Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante : Correct Incorrect

Pensez-vous que l'ACCUEIL que vous avez reçu à votre arrivée dans le(s) service(s) de soins lors de cette hospitalisation était ... ?

○ Excellent ○ Très bon ○ Bon ○ Mauvais ○ Très mauvais

Si vous avez SOUFFERT D'INCONFORTS liés à votre maladie comme des douleurs, vomissements, mauvaises positions, vertiges, fatigue, pensez-vous qu'ils ont été pris en compte de manière ... ?

○ Excellente ○ Très bonne ○ Bonne ○ Mauvaise ○ Très mauvaise ○ Je n'ai eu aucun inconfort de ce type

Dans l'ensemble, diriez-vous que les SOINS que vous avez reçus à l'hôpital étaient ... ?

○ Excellents ○ Très bon ○ Bon ○ Mauvais ○ Très mauvais

Que pensez-vous du CONFORT de votre chambre d'hospitalisation ?

○ Excellent ○ Très bon ○ Bon ○ Mauvais ○ Très mauvais

Que pensez-vous de la façon dont votre SORTIE a été organisée (par exemple, l'annonce de votre sortie, votre destination à la sortie ...) ?

○ Excellente ○ Très bonne ○ Bonne ○ Mauvaise ○ Très mauvaise

Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous ... ?

○ Beaucoup mieux ○ Mieux ○ Pareil, ni mieux, ni moins bien ○ Moins bien ○ Beaucoup plus mal

Commentaires libres :

_____

_____

_____

_____

Mois

○ Janvier ○ Février ○ Mars ○ Avril ○ Mai ○ Juin
○ Juillet ○ Août ○ Septembre ○ Octobre ○ Novembre ○ Décembre

Service

○ Cardiologie ○ Chirurgie orthopédique ○ Chirurgie viscérale
○ Gériatrie ○ Gynécologie ○ Hépato-Gastro-entérologie
○ Maternité ○ Médecine polyvalente ○ Oncologie
○ ORL ○ Pédiatrie ○ Pneumologie
○ Polyclinique ○ SSR - Acacia ○ SSR - Lilas
○ SSR - Magnolia ○ SSR - Tilleul ○ UHTCD

Nom et prénom (*facultatif*) :

Merci de votre participation.
Veuillez déposer ce questionnaire, sans le plier, dans les boîtes aux lettres situées :
dans le hall d'entrée principal ou à l'entrée de chaque unité SSR
Vous pouvez également l'envoyer, par courrier, à la ***Direction de la Qualité et Clientèle : GHI Le Raincy Montfermeil - 10 rue du Général Leclerc - 93370 MONTFERMEIL***