





Améliorons ensemble la qualité de votre séjour en hospitalisation

Le Centre hospitalier Privé du Montgarde vous sollicite pour mesurer votre satisfaction par rapport à ses services et apporter les améliorations nécessaires. Merci de déposer votre questionnaire rempli dans une des boîtes au lettres qui se trouvent à côté du

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

 = Très satisfait  = Satisfait  = Peu satisfait  = Pas satisfait NC = Non concerné

Vous étiez hospitalisé : En chirurgie En médecine





Nom et prénom (facultatif) :

N° de chambre





Date d'entrée

Nom du médecin

QUALITE DE L'ACCUEIL

					NC
L'accueil au standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors de votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations reçues sur les formalités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE PRISE EN CHARGE

					NC
La clarté des informations reçues sur vos examens, soins et traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention de l'équipe d'imagerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre prise en charge au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos déplacements avec les brancardiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité/de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES PRESTATIONS

					NC
La propreté de votre chambre/sanitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE

					NC
L'organisation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation de votre transfert vers une autre structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment jugez-vous globalement
notre établissement ?

    NC

Votre hospitalisation était-elle programmée ?

Oui Non

Si non, êtes-vous entré par le service des urgences ?

Oui Non

Recommanderiez-vous notre établissement à un proche ?

Oui Non

Commentaires libres :

.....
.....
.....

Vous pouvez adresser vos plaintes et réclamations par courrier à l'attention du Directeur ou en contactant les Représentants des Usagers (coordonnées figurant sur le document « Info Patient CDU » affiché aux admissions et dans les services de soins). Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire. Nous vous souhaitons un prompt rétablissement et vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

32 rue Montgardé, 78410 Aubergenville
La direction du Centre hospitalier Privé du Montgardé.