Groupe Hospitalier Intercommunal
Le Raincy-Montfermeil

Questionnaire de sortie

Votre avis nous intéresse...

EN/050011
Version 1
Date : 11/05/2016

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***