

Les soins

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Que pensez-vous des soins qui vous ont été dispensés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous de la prise en charge par l'équipe soignante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous de la prise en charge médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON		
Avez-vous été informé :				
<i>De votre état de santé ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>De la nature des examens pratiqués ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>Du déroulement de ces examens ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous pu vous entretenir avec le médecin chaque fois que vous l'avez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>Et votre famille ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Etes-vous satisfait(e) des dispositions prises pour le respect de votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait(e) du respect de la confidentialité des informations vous concernant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre prise en charge par les services paramédicaux

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
S'agissant des transports au sein de l'hôpital, quel est votre niveau de satisfaction concernant :				
<i>Les délais d'attente avant la prise en charge</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>La qualité de la prise en charge</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agissant de la radiologie, quel est votre niveau de satisfaction concernant :				
<i>L'accueil</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Le déroulement des examens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agissant du service social, quel est votre niveau de satisfaction concernant :				
<i>L'accueil</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>La prestation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos conditions de séjour

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Concernant votre chambre, que pensez-vous :				
<i>Du confort ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Que pensez-vous du respect de votre tranquillité ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant le linge, que pensez-vous :				
<i>De l'hygiène ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>De la couleur ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Du confort ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>De la propreté visuelle du linge ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant les locaux, que pensez-vous :				
<i>De l'hygiène ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>