

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous faire confiance pour votre hospitalisation. Vous pouvez dès à présent nous transmettre vos remarques en complétant le questionnaire ci-dessous. Vous pouvez le remettre aux soignants ou le déposer dans une des boîtes aux lettres prévue à cet effet à la sortie des services de soins et à l'accueil général.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a également mis en place une enquête nationale de satisfaction et d'expérience patient, nommée **E-SATIS**. Si vous avez accepté de nous transmettre votre adresse mail lors de votre admission, vous recevrez un e-mail dans lequel se trouve un lien pour répondre à cette enquête anonymement (pour plus d'informations : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2660702/fr/e-satis-donner-son-avis-sur-son-hospitalisation](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2660702/fr/e-satis-donner-son-avis-sur-son-hospitalisation)).

**Merci vivement de répondre à ces deux enquêtes afin de nous aider dans l'amélioration de nos prises en charge.**

## Votre identité

Identité (Facultatif) : ..... Date de sortie : ..... / ..... / .....

Service dans lequel vous avez été hospitalisé :  Digestif/Viscéral/Gastrologie/Orthopédie (3 AB)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Urologie/Gynécologie/ORL/Vasculaire (4 BD) | <input type="checkbox"/> Chirurgie de semaine  | <input type="checkbox"/> Soins intensifs         |
| <input type="checkbox"/> Surveillance continue/Oncologie (3 E)      | <input type="checkbox"/> Maternité             | <input type="checkbox"/> Médecine/Soins de suite |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie ambulatoire (secteur Cocoon)     | <input type="checkbox"/> Chirurgie ambulatoire | <input type="checkbox"/> Soins externes          |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de jour (HDJ)                      | <input type="checkbox"/> Urgences              | <input type="checkbox"/> Autres : .....          |

Numéro de chambre : .....

Praticien qui vous a pris en charge à la Polyclinique : .....

Vous a-t-on donné accès à notre livret d'accueil (Version papier ou sur notre site internet) ?

- Oui       Non       Je ne le voulais pas

## Votre satisfaction

Quel est votre niveau de satisfaction relatif à :



La prise en charge par nos services administratifs (amabilité, disponibilité, respect de votre identité et de la confidentialité) ?

La prise en charge dans le service « Entrée JO » ?

La prise en charge par les soignants (disponibilité, amabilité, écoute, respect intimité, dignité, réactivité ...) ?

La prise en charge par les médecins (disponibilité, amabilité, écoute, respect intimité, dignité, réactivité ...) ?

La prise en charge de votre douleur (information, évaluation, soulagement) ?

La suite au verso...



La prise en charge des autres symptômes liés à votre hospitalisation (nausées, vomissements, mauvaise position, vertiges, fatigue...)?

L'information donnée sur votre prise en charge (pathologie, obtention de votre consentement éclairé, traitements, résultats, réponses à vos questions...)?

La prise en charge au bloc opératoire OU en salle de naissance (intimité, dignité, disponibilité, amabilité...)?

Les repas (qualité, quantité, température...)?

L'hôtellerie (confort de la chambre, propreté, bruit...)?

L'organisation de votre sortie (annonce, consignes...)?

### *En conclusion*



Globalement êtes-vous satisfait de votre séjour ?

Recommanderiez-vous notre établissement à vos proches ?

*Votre avis nous intéresse, avez-vous des suggestions à formuler ?*