

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE



Madame, Monsieur

*Vous avez choisi de faire confiance au CENTRE MEDICAL DE L'ARGENTIERE.
Notre souci collectif a été de répondre au mieux à vos besoins.*

A l'issue de votre séjour dans notre établissement, nous souhaitons connaître votre avis sur son déroulement et sur les soins que vous avez reçus. Nous vous serions très reconnaissants de remplir ce questionnaire. Il peut être complété par vous-même ou par la personne de votre choix.

Dès que vous avez rempli ce questionnaire, vous pouvez nous le transmettre grâce aux boîtes prévues à cet effet dans le service ou le remettre à la personne chargée de son recueil.

Vos réponses seront prises en considération par l'établissement; elles nous permettront de travailler à l'amélioration de la qualité de notre service dans l'intérêt de tous. N'hésitez pas à nous faire part de vos observations, nous y porterons toute notre attention.

En vous remerciant par avance de votre participation, l'ensemble du personnel vous souhaite un prompt rétablissement.

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

Légende



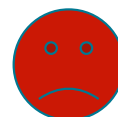
Très satisfaisant



Satisfaisant











Insatisfaisant











Très Insatisfaisant

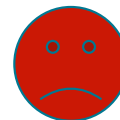
Que pensez-vous de :

Accueil-Admission et informations administratives				
				
L'accueil administratif de notre établissement				
La disponibilité et l'écoute de l'équipe administrative				
La clarté des informations administratives				
L'accueil dans le service d'hospitalisation				
L'identification du personnel				

Prestation hôtelières				
				
Restauration				
La qualité des repas				
La quantité des repas				
La qualité du service des repas				
Le respect des régimes				
Chambre et Confort				
Le confort de votre chambre				
La propreté de votre chambre				
Le calme dans le service				
Autres prestations				
L'accueil et la disponibilité du service animation				
Les transports externes assurés par le prestataire				

Prise en charge				
				
Clarté des informations données				
Par le personnel soignant (Infirmières, aides-soignantes)				
Par les médecins				
Par le personnel paramédical et social (rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...)				
Disponibilité et écoute				
Du personnel soignant (Infirmières, aides-soignantes)				
Des médecins				
Du personnel paramédical et social (rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...)				
Les soins dispensés				
Par le personnel soignant (Infirmières, aides-soignantes)				
Par les médecins				
Par le personnel paramédical et social (rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...)				
L'accompagnement par l'équipe de brancardiers				
La clarté de votre planning hebdomadaire				
La prise en compte de votre douleur				
Les informations reçues sur votre traitement médicamenteux				
Le respect de votre intimité				
Le respect de la confidentialité				
Sortie / départ				
				
L'organisation globale de votre sortie (transport, aides à domicile ...)				
L'information sur votre retour à domicile (traitement, conduite à tenir...)				

Appréciation globale de votre séjour



Très satisfaisant

Satisfaisant

Insatisfaisant

Très Insatisfaisant

N'hésitez pas à nous faire part de vos suggestions et commentaires :

Informations complémentaires :

Date du séjour : du..... au

Nom du service :

N° chambre:

Nom - prénom (facultatif):

Vous êtes :

Un patient

Un accompagnant/proche