

IMPORTANT

Le Centre Hospitalier de Saverne est engagé dans une démarche qualité de façon à améliorer ses prestations en fonction des attentes des patients. Il recherche la satisfaction des patients, aussi bien dans le domaine des soins que de l'accueil et de l'hôtellerie.

Vous êtes donc invité à remplir le questionnaire joint à ce livret d'accueil, soit au moment de votre sortie, soit après votre séjour au retour à votre domicile.

Merci pour votre collaboration.

1. L'ACCUEIL

Accueil administratif			Accueil aux Urgences	Accueil dans les Services de soins	Accueil dans les services médico-techn. (labo, radio, bloc op. : à préciser)
Standard téléphonique	Bureau des Admissions	Secrétariats médicaux			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En êtes-vous :

- très satisfait
- satisfait
- moyennement satisfait
- peu satisfait

2. LA QUALITE DES SOINS

- Estimez-vous avoir reçu toutes les informations souhaitées ? oui non
- Etes-vous satisfait des soins dispensés ? oui non
- La prise en charge de la douleur a-t-elle été suffisante ? oui non

3. LE SEJOUR

En êtes-vous :

- très satisfait
- satisfait
- moyennement satisfait
- peu satisfait

Repas	Chambre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. LE PERSONNEL

Votre appréciation sur l'attitude du personnel à votre égard :

- Très aimable Aimable Peu aimable

Si vous avez des commentaires et/ou suggestions particuliers à formuler, merci de bien vouloir les indiquer ci-dessous :



Service d'hospitalisation _____

Date _____

Si vous souhaitez une réponse, merci d'indiquer vos :

nom et prénom _____

adresse _____

Document à remettre au cadre de santé du service, au bureau des Admissions, ou à adresser à :

**Centre Hospitalier Sainte Catherine
Secrétariat de Direction
19, Côte de SAVERNE BP 20105
67703 SAVERNE Cedex**