

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de **votre prise en charge en dialyse**, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.

Votre avis sera précieux pour nous aider à travailler à l'amélioration de la qualité de nos services à l'égard de nos patients.

Dès que vous avez rempli ce questionnaire, il vous est possible de le remettre au responsable de service, au personnel soignant, dans l'urne prévue à cet effet dans le hall ou nous le renvoyer par courrier.

Nous vous remercions à l'avance de votre participation, et nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Direction

Vous êtes :	Un homme <input type="checkbox"/>	Une femme <input type="checkbox"/>
Vous êtes :	En activité <input type="checkbox"/>	Sans activité <input type="checkbox"/>
Depuis quelle année êtes-vous dialysé(e) : /_/_/_/_/_/		
A quel moment a eu lieu votre dialyse : Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>		
Quel est votre âge : /_/_/_/_/ans		Quel est le code postal de votre domicile : /_/_/_/_/_/
Facultatif, vos coordonnées :		
<input type="checkbox"/>		
Date de sortie : /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ 2023		

tournez la page, SVP 

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

 Très satisfait
  Plutôt satisfait
  Plutôt pas satisfait
  Pas du tout satisfait



Comment jugez-vous ?

L'accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil et la disponibilité du personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contenu du livret d'accueil, si vous êtes concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations concernant les examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité de l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention de l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité et l'hygiène des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention réservée à vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre prise en charge diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre prise en charge psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le brancardage si vous êtes concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les horaires de séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accessibilité des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas, de la collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité du service hôtelier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre appréciation globale sur le service de dialyse

Comment jugez-vous notre établissement ?



Si vous deviez recommander notre établissement à un ami/proche, quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?

/ 10

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?

.....

.....

.....

Vous pouvez, ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de votre participation
www.ramsaygds.fr