

**A remplir par le personnel soignant le cas échéant**Le patient est-il en mesure de répondre au questionnaire de sortie ? ☐ oui ☐ non

Si « non » le personnel soignant est invité à déposer le questionnaire de sortie vierge en ayant coché la case « non » au préalable.

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Hôpital De Jour de Médecine

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris(e) en charge dans le service d'Hôpital De Jour de Médecine de la Clinique Les Nouvelles Eaux Marines. Nous vous souhaitons un prompt rétablissement.

En répondant à ce questionnaire, vous nous permettez d'étudier vos suggestions afin de satisfaire au mieux les besoins de nos patients et d'améliorer de façon continue la qualité de nos prises en charge et le niveau des prestations fournies par l'établissement.

Vous voudrez bien déposer ce questionnaire qui est strictement confidentiel dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou le remettre au personnel soignant ou au service de Facturation. Sinon, vous pouvez nous l'adresser par la Poste après votre départ à l'adresse suivante : Clinique Les Nouvelles Eaux Marines Port-Land 97160 LE MOULE. Nous vous en remercions d'avance.

INDIQUEZ VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION :

			
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait

CONCERNANT LES FORMALITES ADMINISTRATIVES AVANT VOTRE ARRIVEE

Le délai pour obtenir votre premier rendez-vous				
Les informations transmises par nos services avant votre admission				

CONCERNANT VOS CONDITIONS D'ACCUEIL

Lors des formalités administratives				
Dans le service				
Avez-vous reçu le livret d'accueil ?	☐ Oui ☐ Non			

CONCERNANT LE DEROULEMENT DE VOTRE SEJOUR

La disponibilité du personnel médical				
La disponibilité du personnel soignant				
La qualité des soins médicaux				
La qualité de prise en charge par les paramédicaux (diététicienne, psychologue, masseur-kinésithérapeute, APA)				
Si elle s'est manifestée, la DOULEUR a-t-elle été efficacement prise en charge ?	☐ Oui ☐ Non			

CONCERNANT VOS DROITS ET INFORMATIONS

Les formalités à effectuer (lors de l'admission, de la sortie, lors des modalités de paiement)				
Le déroulement de votre traitement et les examens effectués				
Les informations relatives à l'accès à votre dossier				
Les informations relatives à la personne de confiance				
Les informations relatives aux directives anticipées				



INDIQUEZ VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION :

			
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait

CONCERNANT LE RESPECT DE VOTRE INTIMITE ET DE VOTRE DIGNITE

Les précautions prises pour le respect de votre intimité				
Les précautions prises pour le respect de votre dignité				
Les précautions prises pour le respect de la confidentialité de vos informations				

CONCERNANT VOS CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

L'équipement des locaux				
La propreté des locaux				
La qualité du repas				

CONCERNANT LE TRANSPORT

Le temps d'attente et de déplacement entre les différentes prises en charge				
Le temps passé le cas échéant à attendre le transporteur lors de vos transports pour rejoindre votre domicile (ambulance, VSL, taxi,...).				

CONCERNANT VOTRE SORTIE

L'organisation de votre sortie				
Avez-vous répondu à ce questionnaire seul ?	☐ Oui ☐ Non			

APPRECIATION GENERALE DU SEJOUR

Appréciation générale du séjour				
Si vous deviez être de nouveau pris(e) en charge en Hôpital De Jour, reviendrez-vous dans cet établissement ?	☐ Oui ☐ Non			
Recommanderiez-vous l'établissement à un proche ?	☐ Oui ☐ Non			

SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES

Avez-vous des suggestions ou des commentaires à nous faire ?

DATE DE SORTIE :