



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.

SERVICE D'HOSPITALISATION

☐ Médecine ☐ SSM1 ☐ SSM2 ☐ MPR3
☐ EHPAD ☐ MPR1 ☐ MPR2 ☐ MPR4

QUESTIONNAIRE DE SORTIE
Hospitalisation Complète

Madame, Monsieur,

Vous venez de passer un séjour à 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 d'améliorer de façon continue la qualité des soins et le niveau des prestations fournies par l'établissement.

Vous voudrez bien déposer ce questionnaire 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 VOTRE ACCUEIL

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

CONCERNANT VOS CONDITIONS DE SEJOUR

La qualité des soins avec le personnel médical				
La qualité des soins avec le personnel soignant de jour				
La qualité des soins avec le personnel soignant de nuit				
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				

CONCERNANT VOTRE PRISE EN CHARGE

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				

**INDIQUEZ VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION :**

			
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait

CONCERNANT L'HÔTELLERIE AU SEIN DE LA CLINIQUE

Le confort des chambres				
L'entretien des chambres				
Le linge dans les chambres (draps, ...)				
La température de votre chambre				
Le calme de la chambre				
Le calme de votre service				
La qualité des repas				
La quantité servie lors des repas				
La variété des repas				
Les horaires des repas				

CONCERNANT LE TRANSPORT

Après les consultations et examens, délai d'attente pour regagner votre chambre en fauteuil roulant ou en brancard par un personnel				
Lors de vos transports à l'extérieur de la Clinique (ambulances, VSL, taxi,...) pour des examens et consultations, temps passé à attendre le transporteur				

CONCERNANT VOTRE SORTIE

L'organisation de votre sortie				
Avez-vous répondu à ce questionnaire seul ?	☐ Oui ☐ Non, avec l'aide d'un proche ou d'un représentant légal			

APPRECIATION GENERALE DU SEJOUR

Appréciation générale du séjour				
Si vous deviez être à nouveau hospitalisé(e) pour la même raison, 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 :