

Nous vous remercions de consacrer quelques instants à ce questionnaire.

**Vous pourrez le remettre à l'accueil ou l'adresser par courrier à
Mr le Directeur du Centre Hospitalier,
19 rue des anciens d'A.F.N.
59230 Saint-Amand-les-Eaux**

I) SITUATION





1.1 Quel âge avez-vous ? ___

1.2 Quel est votre sexe ? Masculin Féminin

1.3 Dans quel service du Centre Hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux avez-vous été hospitalisé(e) ?

1.4 Date de votre séjour : du __/__/__ au __/__/__

II) VOTRE ACCUEIL

	Très Satisfait	Satisfait	Mécontent	Très Mécontent
				
2.1 Signalisation des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Accueil du service administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Accueil dans l'unité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Accueil dans les autres services (radiologie, plateau technique,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires

III) VOS SOINS

3.1 Qualité de la prise en charge médicale





3.2 Qualité des soins infirmiers

3.3 Prise en charge de votre douleur

3.4 Respect de votre intimité

3.5 Relation établie avec le personnel

3.6 Disponibilité et écoute du personnel

	Très Satisfait	Satisfait	Mécontent	Très Mécontent
				
3.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

