

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à recueillir votre avis sur votre séjour à l'hôpital. Vos réponses sont une précieuse source d'informations pour nous permettre de mesurer et d'améliorer la qualité des prestations que nous vous offrons. Nous vous remercions à l'avance de le remplir.

## Si vous êtes entré(e) par le service des urgences



bien



moyen



insatisfaisant

### Votre avis sur

- Accueil administratif
- Accueil équipe soignante
- Le délai d'attente
- Les conditions d'attente
- Les informations reçues
- La qualité de la prise en charge



















## Votre avis sur l'accueil à votre arrivée dans le service de :

- Accueil administratif
- Accueil équipe soignante







## Votre appréciation sur les professionnels



### L'équipe médicale (médecin, sage-femme)

- Efficacité
- Disponibilité
- Courtoisie
- Informations données
- Communication / écoute
















### L'équipe soignante

- Efficacité
- Disponibilité
- Courtoisie
- Informations données
- Communication / écoute
















## Votre avis sur les soins reçus



- Qualité
- Prise en charge de la douleur
- Examens complémentaires  
(radiologie, laboratoire, explorations fonctionnelles...)










## Votre avis sur le respect de vos droits



- Intimité
- Dignité
- Confidentialité

**Votre avis sur vos conditions de séjour**



bien



moyen



insatisfaisant

Propreté des locaux - Equipement

Bruit dans le service

**Votre avis sur la restauration**



Présentation de votre repas

Qualité gustative des plats

Respect de votre choix de menu

**Votre avis sur les services proposés**



Téléphone

Télévision

Cafétéria

**Votre avis sur les conditions de votre sortie**



Organisation de la sortie

Informations et documents  
(ordonnance, bon de transport)

**Niveau de satisfaction global**

(De 5 très satisfait à 1 insatisfait)

5

4

3

2

1

**Vous pouvez noter ici vos remarques et suggestions :**

\*\*\*

**Si vous avez donné votre adresse mail, il est possible que vous receviez un lien vous invitant à vous connecter au questionnaire de l'enquête de satisfaction nationale.  
Nous vous remercions de votre participation.**

\*\*\*

Nom et prénom (facultatif) : \_\_\_\_\_

Service d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_\_\_\_

Vous pouvez déposer ce questionnaire dans le service d'hospitalisation ou l'adresser par courrier.

**Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf - Louviers - Val de Reuil  
Rue du Docteur Villers - BP 310 - 76503 ELBEUF**

