



Non  
concerné

## PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Aux Urgences	<input type="checkbox"/>				
Dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>				

## LA QUALITÉ DES PRESTATIONS

### LES CONDITIONS MATÉRIELLES

Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>				
La propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>				
L'absence de nuisance sonore	<input type="checkbox"/>				
Les repas	<input type="checkbox"/>				

### LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES

La télévision	<input type="checkbox"/>				
Le téléphone	<input type="checkbox"/>				
La cafétéria et/ou distributeur	<input type="checkbox"/>				
La Wifi	<input type="checkbox"/>				
Le tarif de ces services (TV, téléphone, wifi....)	<input type="checkbox"/>				

### LA SIGNALÉTIQUE

Aux abords de l'établissement	<input type="checkbox"/>				
Au sein de l'établissement	<input type="checkbox"/>				

## LA SORTIE

### L'ORGANISATION

La préparation de votre sortie (date, programmation, transport)	<input type="checkbox"/>				
La remise des documents de sortie	<input type="checkbox"/>				

### LES INFORMATIONS

L'information sur l'ordonnance	<input type="checkbox"/>				
Les informations sur votre suivi médical	<input type="checkbox"/>				

## APPRÉCIATION D'ENSEMBLE

Êtes-vous satisfait du choix de cet établissement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous l'établissement à votre entourage ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### VOS SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci beaucoup pour votre participation à l'amélioration de nos prestations