

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Nom du chirurgien/médecin :

Date :

Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez en choisissant le CMC Bizet. Soucieux d'améliorer la qualité des prestations et des soins délivrés, votre avis nous intéresse.

Enquête anonyme  oui  non

Avez-vous été prise en charge en Endoscopie ?  oui  non

satisfaisant  peu satisfaisant  insatisfaisant  non concerné

  

satisfaisant  peu satisfaisant  insatisfaisant  non concerné

  

**Accueil administratif**

attente aux admissions

accueil par le personnel

information

**Collation**

qualité

quantité

**Accueil soignant**

attente de ma chambre

présentation du personnel

remise et explication du livret d'accueil

accueil des proches

**Sortie sur le plan médical**

remise des documents (ordonnances de sortie, arrêt de travail...)

informations sur soins à réaliser à ma sortie

**Information**

Participation au choix de mes traitements

sur les actes prescrits

sur l'organisation des soins :

- au cours de mon séjour
- en prévision de ma sortie

**Sortie sur le plan administratif**

attente bureaux sorties

remise des documents (facture...)

**Soins**

respect de mon intimité

respect des informations confidentielles me concernant

satisfaction des soins délivrés par :

- les soignants de jour
- les équipes médicales
- les kinésithérapeutes

prise en charge de la douleur

satisfaisant  peu satisfaisant  insatisfaisant

  

**Appréciation globale du séjour**

**Recommanderiez vous la clinique à un proche?**

oui  non

**Chambre**

propreté (chambre/sanitaires)

calme

confort

**Vos remarques :**