

# VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE

## QUESTIONNAIRE DE SORTIE – MATERNITÉ

Afin d'améliorer nos prestations, merci de bien vouloir consacrer un peu de temps à ce questionnaire avant votre sortie.

### L'ACCUEIL ADMINISTRATIF

| <br>NON<br>SATISFAIT | <br>PEU<br>SATISFAIT | <br>SATISFAIT | <br>TRES<br>SATISFAIT |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |

### CONSULTATIONS PENDANT VOTRE GROSSESSE

| <br>NON<br>SATISFAIT | <br>PEU<br>SATISFAIT | <br>SATISFAIT | <br>TRES<br>SATISFAIT |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |

**COMMENTAIRES :** .....

.....

.....

### LE JOUR DE VOTRE ACCOUCHEMENT

| <br>NON<br>SATISFAIT | <br>PEU<br>SATISFAIT | <br>SATISFAIT | <br>TRES<br>SATISFAIT |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                            |
|                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                            |
|                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                            |
|                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                            |
|                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                            |

**COMMENTAIRES :** .....

.....

.....

## AU NIVEAU DES SUITES DE COUCHES

|                                                                      | <br>NON<br>SATISFAIT | <br>PEU<br>SATISFAIT | <br>SATISFAIT | <br>TRES<br>SATISFAIT |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contact avec le personnel                                            |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| Clarté des explications données sur les soins et examens pratiqués : |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| - Pour vous                                                          |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| - Pour votre enfant                                                  |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| Douceur des soins réalisés :                                         |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| - Pour vous                                                          |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| - Pour votre enfant                                                  |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| Prise en charge de votre douleur                                     |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| Rapidité d'intervention en cas d'appel :                             |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| - De jour                                                            |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |
| - De nuit                                                            |                                                                                                      |                                                                                                        |                                                                                                 |                                                                                                         |

## L'HOTELLERIE

|                                                                                 | <br>NON<br>SATISFAIT | <br>PEU<br>SATISFAIT | <br>SATISFAIT | <br>TRES<br>SATISFAIT |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La façon dont la structure hospitalière a permis à vos proches de vous entourer |                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
| Le choix des menus                                                              |                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
| La qualité gustative des menus servis                                           |                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
| La quantité des menus servis                                                    |                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
| Le confort de votre chambre (propreté, environnement sonore, température...)    |                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
| Les prestations :                                                               |                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
| - Télévision                                                                    |                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |
| - Téléphone                                                                     |                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                          |

## LA SORTIE

|                                                   | <br>NON<br>SATISFAIT | <br>PEU<br>SATISFAIT | <br>SATISFAIT | <br>TRES<br>SATISFAIT |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Les informations données sur la suite des soins : |                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                            |
| - Pour vous                                       |                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                            |
| - Pour votre enfant                               |                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                            |

COMMENTAIRES : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOM (facultatif) : .....



Nous vous  
remercions !



**CENTRE  
HOSPITALIER**  
Bourg Saint Maurice  
TARENTEISE