

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 | NON SATISFAIT | PEU SATISFAIT | SATISFAIT | TRES SATISFAIT | | |
|--|------------------|------------------|-----------|-------------------|--|--|
| Amabilité | | | | | | |
| Rapidité | | | | | | |
| Simplicité des procédures | | | | | | |
| CONSULTATIONS PENDANT VOTRE GROSSESSE | NON SATISFAIT | PEU SATISFAIT | SATISFAIT | TRES SATISFAIT | | |
| Contact avec le personnel | | | | | | |
| Respect des heures de rendez-vous | | | | | | |
| Respect de votre intimité lors des examens | | | | | | |
| Informations & explications données au cours des consultations | | | | | | |
| Informations sur la prise en charge anesthétique et l'analgésie péridurale donnée au cours de la consultation d'anesthésie | | | | | | |
| COMMENTAIRES: | | | | | | |
| LE JOUR DE VOTRE ACCOUCHEMENT | NON SATISFAIT | PEU SATISFAIT | SATISFAIT | TRES SATISFAIT | | |
| Contact avec le personnel (gentillesse, patience, écoute) | | | | | | |
| Clarté des explications données sur les soins et examens pratiqués | | | | | | |
| Ces informations vous ont rassurées de façon : | | | | | | |
| Prise en charge de votre douleur | | | | | | |
| Douceur des soins réalisés | | | | | | |
| Clarté des explications données et examens données sur le nouveau-né | | | | | | |
| COMMENTAIRES: | | | | | | |

| AU NIVEAU DES SUITES DE COUCHES | NON SATISFAIT | PEU SATISFAIT | SATISFAIT | TRES 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 | NON SATISFAIT | PEU SATISFAIT | SATISFAIT | TRES 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 | NON SATISFAIT | PEU SATISFAIT | SATISFAIT | TRES SATISFAIT |
| Les informations données sur la suite des soins : - Pour vous - Pour votre enfant | | | | |
| COMMENTAIRES: | | | | |
| NOM (facultatif) : | Nous vous | | | |



