9 bis rue Ledru Rollin - 94600 CHOISY LE ROI
Tél. : 01 48 90 02 02

Fax : 01 48 90 02 08

**clinique-choisy-le-roi.ramsaysante.fr**

**VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER**

Madame, Monsieur,

A l’issue de votre séjour dans notre établissement, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.

Si vous le désirez, n’hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Dès que vous aurez rempli ce questionnaire, vous pourrez nous le transmettre grâce à la boîte aux lettres prévue à cet effet et située à l’accueil de la clinique.

Vos réponses seront prises en considération par la direction et l’équipe médicale ; elles nous permettront de travailler à l’amélioration de la qualité de notre service à l’égard de nos patients.

Quelques jours après votre retour à domicile, il est possible que vous soyez sollicité par mail, dans le cadre d’un dispositif national «e-Satis». Cette démarche permet de recueillir votre retour sur votre «expérience patient» et votre satisfaction concernant l’hospitalisation, l’accueil, la prise en charge, l’organisation de votre sortie, etc.

En vous remerciant par avance de votre participation.

 La Direction

|  |
| --- |
| **Votre arrivez :** De votre domicile ❒ D’un établissement hospitalier ❒ Lequel :…………………….......... |
| **Votre chambre était :** Particulière ❒ Double ❒ Autre ❒ Nombre de nuits passées /\_\_/\_\_/ |
| ***🡺*** *Précisez l’offre de chambre particulière : Solo ❒ Solo+ ❒ Solo confort ❒ Autre ❒* |
| **Vous êtes :** Un homme ❒ Une femme ❒ |
| **Vous êtes :** En activité ❒ Sans activité ❒ |
| **Quel est votre âge :** /\_\_/\_\_/\_\_/ ans **Quel est le code postal de votre domicile :** /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/Facultatif, vos coordonnées : 🖃  |
| **Date de sortie :** /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ 2025 |



**tournez la page, SVP 🖙**

**Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant ☑ la case de votre choix**

**Très satisfait** **Plutôt satisfait** **Plutôt pas satisfait** **Pas du tout satisfait**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comment jugez-vous ?** |  |  |  |  |  |
|  | **Notre accueil** |  |
| L’accueil téléphonique de notre établissement  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| La clarté des informations pour préparer votre séjour  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| L’accueil principal de l’établissement  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| La clarté des explications sur le déroulement de votre séjour  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| L’accueil lors de votre arrivée dans la chambre  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | **Nos prestations hôtelières** |
|  | Le confort de votre chambre  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |  |
| La qualité des produits servis lors des repas/collations (non concerné ❒) | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| Les quantités servies (non concerné ❒) | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| Le respect de votre commande en cas de demande de modification (non concerné ❒) | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| L’amabilité et la convivialité du personnel ayant servi vos repas/collations (non concerné ❒) | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| La propreté de votre chambre au quotidien  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| **Votre prise en charge** |
|  | L’aide des personnels pour vous familiariser à l’établissement  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |  |
|  | La prise en compte de votre souffrance morale  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | Les informations reçues sur les médicaments pris pendant votre séjour  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | L’écoute et la disponibilité des médecins  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | La clarté des informations données par les médecins  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | La prise en charge de votre douleur physique  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | L’écoute et la disponibilité de l’équipe soignante  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | La clarté des informations données par l’équipe soignante  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | L’attention réservée à vos proches  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | Les moyens mis à disposition pour occuper vos temps libres  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | La clarté des informations fournies pour votre sortie  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | **Nos 5 questions ciblées pour cette année 2025** |
|  | Le respect de l’intimité et de la dignité  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |  |
|  | Le respect de la confidentialité médicale au sein de l’établissement  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | L’accueil, l’écoute et la clarté des informations en rééducation  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | La coordination entre les services de rééducation et de soins  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | La clarté des informations sur les prestations hôtelières  | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
|  | **Globalement** |  |
|  | **Comment jugez-vous notre établissement ?**❒ ❒ ❒ ❒

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous deviez recommander notre établissement à un ami/proche,****quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?** | **/ 10** |

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?   …………… |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |   |
|  | **Vous pouvez, ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :** |
|     |

**Merci de votre participation**

**www.ramsaysante.fr**