

## Questionnaire de Satisfaction Patient

Soucieux d'améliorer nos prestations et vos conditions de séjour au sein de notre établissement, l'ensemble du personnel, les médecins et la direction vous seraient reconnaissants de remplir ce questionnaire.

Votre nom (facultatif) : ..... Votre numéro de chambre : .....

Date d'hospitalisation : ..... Date de sortie : .....

**Comment évaluez-vous :**



	★	★★	★★★	★★★★	★★★★★
<b>La pertinence des informations préopératoires ?</b>					
<b>Votre temps d'attente entre votre entrée et le départ au bloc opératoire ?</b>					
<b>Votre temps d'attente entre votre retour du bloc opératoire et votre sortie ?</b>					
<b>Le confort du service ?</b>					
<b>Le respect de votre intimité durant le séjour ?</b>					
<b>Votre collation ?</b>					
<b>Votre séjour de manière général ?</b>					

**Commentaires :**