

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris en charge au sein de l'hôpital de jour (HDJ). Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre au questionnaire de satisfaction au verso de ce document.

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 avez rempli ce questionnaire, vous pouvez nous le transmettre grâce aux boîtes aux lettres prévues à cet effet dans le service où vous êtes hospitalisé(e) ainsi que dans le hall d'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.

En vous remerciant par avance de votre participation à cette enquête, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La Direction

La raison de votre séjour est une prise en charge pour une hospitalisation en :

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ (1) Digestive | ☐ (2) Gastro entérologie | ☐ (3) Urologie | ☐ (4) Gynécologie |
| ☐ (5) Orthopédie | ☐ (6) ORL | ☐ (7) Infectiologie | ☐ (8) Neurochirurgie |
| ☐ (9) Rhumatologie | ☐ (10) Thoracique | ☐ (11) Oncologie | ☐ (12) Endocrinologie |
| ☐ (13) Neurologie | ☐ (14) Allergologie | ☐ (15) Vasculaire | ☐ (16) Cardiologie |
| ☐ (17) Pneumologie | ☐ (18) Néphrologie | ☐ (19) Addictologie | ☐ (20) Nutrition/Obésité |
| ☐ (21) Sénologie | ☐ (22) Algologie/Douleur | ☐ (23) Maternité | ☐ (24) Périnatalité |
| ☐ (25) Pédiatrie | ☐ (26) Gériatrie | ☐ (27) Autre | |

Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

Quel est votre âge : / / / / ans **Quel est le code postal de votre domicile :** / / / / /

Facultatif, vos coordonnées :


Date du jour de l'HDJ : / / / / / 2026

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 ?



Avant votre prise en charge en hôpital de jour (HDJ)

Les informations données pour préparer votre prise en charge en HDJ (documents reçus, contact avec les professionnels, heure d'arrivée, organisation de la prise en charge) ☐ ☐ ☐ ☐

Pendant votre séjour en hôpital de jour

Les informations données par les professionnels soignants ☐ ☐ ☐ ☐

La qualité des contacts avec les professionnels rencontrés (amabilité, disponibilité, écoute, confidentialité, respect de votre intimité, de vos droits et de vos croyances) ☐ ☐ ☐ ☐

Les réponses apportées à vos questions ☐ ☐ ☐ ☐

Le temps d'attente entre les intervenants et/ou les examens ☐ ☐ ☐ ☐

La qualité des produits servis lors des collations et/ou repas ☐ ☐ ☐ ☐ (☐ non concerné)

Le confort et l'aménagement des locaux ☐ ☐ ☐ ☐

L'organisation de votre sortie

Le temps d'attente avant votre sortie ☐ ☐ ☐ ☐

Les informations données pour les suites de votre prise en charge (rendez-vous, examens à réaliser, traitements...) ☐ ☐ ☐ ☐

Les informations reçues pour préparer l'organisation de votre future hospitalisation ? ☐ ☐ ☐ ☐
☐ non concerné

Globalement, votre prise en charge dans notre hôpital de jour

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