

Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge au Centre Hospitalier de Fougères, nous souhaitons connaître votre appréciation sur votre séjour, celle-ci nous sera utile pour mieux répondre à vos attentes.

Les questionnaires de sortie sont analysés de façon anonyme et les résultats sont transmis à la direction, aux responsables du service, et à la Commission des Usagers ([representant.usagers@sfr.fr](mailto:representant.usagers@sfr.fr)).

Le questionnaire est à remettre dans le service, ou à adresser sous enveloppe affranchie à :

Madame la Directrice  
Centre Hospitalier de Fougères  
133, rue de la Forêt / CS20606  
35306 FOUGERES

Dates de l'hospitalisation : .....

Intervention : .....

*Si vous souhaitez, vous pouvez indiquer vos coordonnées, ce qui nous permettra de vous apporter une réponse si besoin.*

Nom - Prénom : .....

Vos coordonnées : .....

Adresse mail : .....

## AVANT L'HOSPITALISATION

Pas du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
-------------	---------------	-----------	----------------

### Etes-vous satisfait(e) des informations :

Données sur les modalités d'entrées et de sorties (claires, précises...)

Transmises par le médecin anesthésiste (claires, précises, ...)

Transmises par le chirurgien (claires, précises, ....)


Avez-vous eu un contact téléphonique avec le service la veille de votre intervention ?  Oui  Non

**Si oui**, les informations transmises lors de ce contact, ont-elles été suffisamment claires ?

Pas du tout  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait

## PENDANT L'HOSPITALISATION

Pas du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
-------------	---------------	-----------	----------------

### Etes-vous satisfait(e) de la qualité de l'accueil par les professionnels :

Au bureau des entrées

Dans le service ambulatoire

Au bloc opératoire

En imagerie (radiologie)


Pas du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
-------------	---------------	-----------	----------------

**Etes-vous satisfait(e) de la signalisation :**

Dans l'établissement

--	--	--	--

Dans le service

--	--	--	--

**Etes-vous satisfait(e) des informations contenues dans le passeport ambulatoire ?**

--	--	--	--

**Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de votre prise en charge (respect des délais, durée de l'hospitalisation) ?**

--	--	--	--

**VOTRE SEJOUR**

Pas du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
-------------	---------------	-----------	----------------

**Etes-vous satisfait(e) :**

De la qualité des soins prodigués ?

--	--	--	--

De la prise en charge de votre douleur pendant et après votre hospitalisation ?

--	--	--	--

Du respect de votre intimité ?

--	--	--	--

Du confort de votre chambre ?

--	--	--	--

De la propreté de votre chambre ?

--	--	--	--

**VOTRE SORTIE**

Pas du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
-------------	---------------	-----------	----------------

**Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de votre sortie ?**

--	--	--	--

**Etes-vous satisfait(e) des informations reçues ?**  
(sur les soins, les traitements à poursuivre, ...)

--	--	--	--

**Accepteriez-vous d'être ré-hospitalisé(e) dans le service ?**

Oui

Non

**Conseilleriez-vous la prise en charge ambulatoire (-12heures) ?**

Oui

Non

Remarques / Suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....