

## QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons connaître l'appréciation sur votre séjour afin d'améliorer la qualité de nos prestations et services.

Pour cela, nous avons mis en place cette enquête interne à l'établissement où toutes les informations recueillies sont confidentielles.

Ces questionnaires font l'objet d'une analyse et la pertinence de vos réflexions, suggestions, critiques nous permettront de réajuster nos pratiques et nous aideront à améliorer votre séjour.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire de fin de séjour et de le remettre :

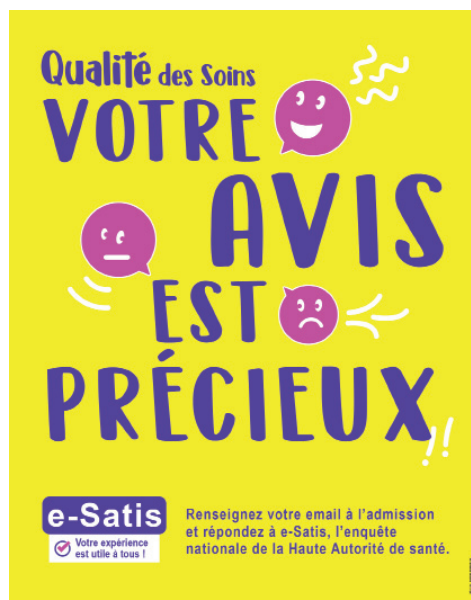
- au personnel de l'unité de soins
- dans les boîtes aux lettres dédiées
- à l'adresse de l'établissement

Conformément à la Réglementation Générale sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un **droit** d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du **droit** de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à : DPO@ch-dieppe.fr par mail ou par courrier à DPO, Centre Hospitalier de Dieppe, Direction de l'Amélioration Continue, Avenue Pasteur 76202 DIEPPE.

Au niveau national, une enquête de recueil de la satisfaction et de l'expérience des patients appelée « e-Satis » existe.

Vous serez destinataire d'un courriel / e-mail 15 jours après votre retour à domicile.



CADRE RÉSERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT

Numéro de questionnaire :

.....

Reçu le :

.....

# QUESTIONNAIRE DE SORTIE

DATE DU SÉJOUR : DU \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AU \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ETABLISSEMENT : \_\_\_\_\_ UNITÉ DE SOINS : \_\_\_\_\_

AGE : \_\_\_\_\_ SEXE : M F CHAMBRE : SEULE DOUBLE

LÉGENDE



Très satisfait



Peu satisfait



Assez satisfait



Pas du tout satisfait

NC : Non concerné

Les réponses non remplies sont considérées comme **Non Concernées** par la question

LA PRISE EN CHARGE DANS L'UNITÉ :



NC

Du respect de votre INTIMITÉ et DIGNITÉ, vous êtes

De votre prise en charge en cas de HANDICAP, vous êtes

Du traitement de votre DOULEUR, vous êtes

De l'accueil réservé à vos PROCHEs, vous êtes

Du traitement de vos EFFETS PERSONNELS, vous êtes

De la disponibilité du PERSONNEL, vous êtes

Des INFORMATIONS délivrées et de la COMMUNICATION, vous êtes

De la QUALITÉ DES SOINS délivrés durant votre séjour, vous êtes

L'HÔTELLERIE ET LES PRESTATIONS :



NC

De LA CHAMBRE, vous êtes

Des REPAS, vous êtes

Du LINGE, vous êtes

Du TELEPHONE/TELEVISION, vous êtes

LA PREPARATION DE VOTRE SORTIE :



NC

Des INFORMATIONS délivrées, vous êtes

Observations et suggestions :