



Ramsay Santé

Clinique du Sport et de Chirurgie Orthopédique

199 rue de la Rianderie 59706 Marcq en Baroeul

Tél. : 03 59 75 77 57

Fax : 03 20 66 51 33

<https://clinique-du-sport-et-chirurgie-orthopedique-marcq-en-baroeul.ramsaysante.fr>

HOSPITALISATION 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 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.

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 à ces deux enquêtes, 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 :			
☐ Orthopédie	☐ Stomatologie	☐ Autre	
Vous êtes entré en urgence :		Oui ☐	Non ☐
Votre chambre était :	Particulière ☐	Double ☐	Autre ☐
	Nombre de nuits passées / _ / _ /		n° de chambre / _ / _ /
→ Précisez l'offre de chambre particulière : Solo ☐ Solo+ ☐ Solo confort ☐ Solo Grand confort ☐			
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 : / _ / _ / _ / _ / 202_			
Service d'hospitalisation :	Rio ☐	Tokyo ☐	Pékin ☐ Mexico ☐

tournez la page, SVP ➡

 Très satisfait
  Plutôt satisfait
  Plutôt pas satisfait
  Pas du tout satisfait

L'accueil téléphonique de notre établissement				
La clarté des informations pour préparer votre hospitalisation				
L'accueil principal de l'établissement				
Le service d'admission				
L'accueil lors de votre arrivée dans le service				

Le confort de votre chambre	☐	☐	☐	☐
Le calme dans le service de jour	☐	☐	☐	☐
Le calme dans le service de nuit (non concerné ☐)	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐

La clarté des informations données par les médecins	☐	☐	☐	☐
Les informations reçues sur les médicaments pris pendant votre séjour	☐	☐	☐	☐
La prise en compte de votre douleur	☐	☐	☐	☐
L'attention de l'équipe de bloc opératoire	☐	☐	☐	☐
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de jour	☐	☐	☐	☐
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de nuit	☐	☐	☐	☐
La clarté des informations données par l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐
L'attention réservée à vos proches	☐	☐	☐	☐
La clarté des informations fournies pour votre sortie	☐	☐	☐	☐

Le respect de votre intimité et dignité	☐	☐	☐	☐
Le respect de la confidentialité	☐	☐	☐	☐
Les informations sur les frais engagés	☐	☐	☐	☐
Les délais de prise en charge à l'admission	☐	☐	☐	☐
Les délais de prise en charge à la sortie	☐	☐	☐	☐

/ 10

.....

A remplir par l'établissement : Mois / / Code local / / / Pathologie / / / Saisie / / / / / / / / /