

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire afin de nous permettre de mieux répondre à vos attentes.

Cadre réservé au service de médecine

INFORMATIONS DU PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance : .../.../.....
Date d'admission : .../.../..... Médecin adresseur :

Etes-vous satisfait de	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Des modalités de contact avec le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la rapidité de la réponse délivrée par le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du délai de prise en charge du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des modalités d'accueil et de prise en charge du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité de prise en charge du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations délivrées sur l'état de santé du patient au cours de son séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la communication des résultats des examens médicaux effectués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De qualité de la lettre de liaison transmise à la sortie du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'ordonnance de sortie délivrée à votre patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la continuité des traitements de votre patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des modalités d'accompagnement de votre patient lors de sa sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous globalement satisfait de l'expérience de votre patient au sein de nos services ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques et suggestions (points d'améliorations, points forts...) :

.....
.....
.....

Merci de nous transmettre ce questionnaire par mail : raq.oxford@sedna-sante.com

Merci pour votre participation !