

AIDEZ-NOUS À MIEUX PRENDRE SOIN DE VOUS !

Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire qui nous aidera à améliorer la qualité de nos prises en charges.

Vous avez été hospitalisé(e) ou votre enfant dans le service :

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Centre d'Évaluation de la Douleur (CETD) | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Médecine Hospitalière | <input type="checkbox"/> ORL |
| <input type="checkbox"/> Neuroradiologie Interventionnelle (NRI) | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Unité de Soins Intensifs Neurologie Vasculaire (USINV) |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Unité Neuro Vasculaire (UNV) |

Date :

Pourriez-vous noter entre 0 et 10 votre séjour ?

/10

Quelle est la raison principale qui justifie votre note ?

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

N'hésitez pas à partager avec nous vos remarques ou suggestions :

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

Je souhaite remercier un(e) infirmier(e), un médecin, un(e) aide-soignant(e), une secrétaire, un agent d'accueil...

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

Vos remerciements seront transmis aux personnes concernées.



**Merci pour le partage de votre expérience !
Vous pouvez déposer votre questionnaire dans l'urne dédiée à cet effet
dans le service d'hospitalisation.**

Si vous souhaitez partager de manière plus approfondie votre expérience, vous pouvez demander un rdv au service de l'expérience patient à l'adresse suivante : experiencepatient@for.paris

Vous allez recevoir par mail un questionnaire national de satisfaction, appelé E-Satis, envoyé par la Haute Autorité de Santé. Chaque avis est important, nous vous remercions de répondre à ce questionnaire.