



A) ACCUEIL	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Etes-vous satisfait du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez une hospitalisation programmée ?	<input type="checkbox"/>				
Etes-vous satisfait du délai de prise en charge de vos patients :					
- lorsque vous demandez une hospitalisation en urgence ?	<input type="checkbox"/>				
- lorsque vous demandez une consultation en urgence ?	<input type="checkbox"/>				
Etes-vous globalement satisfait de l'accueil réservé à vos patients lorsqu'ils sont hospitalisés au CHBM ?	<input type="checkbox"/>				
B) QUALITE DES SOINS	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Etes-vous globalement satisfait de la qualité des soins dispensés au CHBM ?	<input type="checkbox"/>				
Etes-vous en particulier satisfait :					
- des prises en charge diagnostiques ?	<input type="checkbox"/>				
- des prises en charge thérapeutiques ?	<input type="checkbox"/>				
C) CONTINUTE DES SOINS	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Etes-vous satisfait de la qualité des échanges d'information avec les médecins en charge de vos patients ?	<input type="checkbox"/>				
Etes-vous satisfait de vos relations avec les médecins de notre établissement ?	<input type="checkbox"/>				
D) PREPARATION DE LA SORTIE	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Etes-vous satisfait de votre association :					
- à la planification de la sortie de vos patients ?	<input type="checkbox"/>				
- au projet thérapeutique et au suivi de la prise en charge de vos patients ?	<input type="checkbox"/>				
Etes-vous globalement satisfait de la préparation de la sortie de vos patients (informations données, mise en place d'aides ...) ?	<input type="checkbox"/>				



SATISFACTION GLOBALE

Tout à fait
satisfait

Satisfait

Assez
satisfait

Peu
satisfait

Pas du tout
satisfait

Etes-vous globalement satisfait des
prises en charge réalisées au
CHBM ?

Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Pour mieux vous connaître...

Vos nom et prénom : (facultatif)

Vous exercez en tant que : Généraliste Spécialiste (précisez) :

Quel est votre lien avec l'établissement ?

- Vous exercez actuellement une activité au CHBM
 Vous avez exercé une activité au CHBM
 Vous n'exercez pas et n'avez jamais exercé une activité au CHBM

Au cours du dernier mois combien de patients environ avez-vous adressés au CHBM ?

- Aucun Moins de 5 De 5 à 10 Plus de 10

Si « aucun », précisez la raison :

En général, rendez-vous visite à vos patients hospitalisés ?

- souvent parfois rarement jamais

Rencontrez-vous des difficultés pour effectuer cette visite ?

- souvent parfois rarement jamais

Si oui, précisez :

Pensez-vous être suffisamment informé sur les différentes activités du CHBM ?

- Oui, je suis suffisamment informé Non, je souhaite recevoir des informations
 Non et je ne souhaite pas recevoir d'information

Pensez-vous suffisamment connaître les médecins exerçant au CHBM et leurs activités ?

- Oui, de nombreux Oui, quelques uns Non, très peu Non, aucun

Quel support de communication souhaiteriez-vous que notre établissement développe en priorité ?

- Communication par mail Organigramme/Annuaire des activités
 Site internet Rencontre au sein de l'établissement
 Autres, précisez :