

**Données facultatives :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

**Merci de votre participation**

Madame, Monsieur,

L'EPSM Marne, dans un souci constant d'amélioration de la qualité des soins, a élaboré ce questionnaire afin que vous puissiez exprimer votre degré de satisfaction par rapport à votre séjour.

Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à son renseignement.

Vous pouvez le remettre à l'équipe soignante lors de votre sortie ou l'adresser à la Direction Qualité et Gestion des risques.

Ce questionnaire est également téléchargeable sur le site internet de l'établissement <http://www.epsm-marne.fr/> à la rubrique « Vos Droits ».

Le Directeur

Nom de l'unité de soins : ..... Date de renseignement :

Vous ne souhaitez pas compléter ce questionnaire

Vous étiez hospitalisé(e) en :  Soins Libres  Soins sans consentement

S'agit-il de votre première hospitalisation dans l'établissement ?  Oui  Non

Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ?  Oui  Non  
 Si oui, le personnel vous en a-t-il expliqué le contenu ?  Oui  Non

**Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction**

				Vous n'avez reçu aucune information
Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	

Votre accueil et admission					
Que pensez-vous des modalités pour vous déplacer dans l'établissement (accessibilité, signalétique) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Quel est votre degré de satisfaction concernant les informations données sur :					
- votre mode d'hospitalisation	<input type="radio"/>				
- la possibilité de désigner une personne de confiance	<input type="radio"/>				
- la possibilité de déposer des objets en sécurité	<input type="radio"/>				
- vos droits	<input type="radio"/>				
- les voies de recours ou de réclamation en cas de litige (JLD, CDSP, CDU)	<input type="radio"/>				

