

✓ **Chambre : 9- Comme jugez-vous :**

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
- Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Equipement matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insonorisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

✓ **Restauration : 10- Comment jugez-vous les repas qui vous ont été servis :**

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
- Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

V- SOINS :

11- Comment jugez-vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	Non concerné
- Soins médicaux et infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Disponibilité de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Prise en compte douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Temps d'attente appel malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

VI- INFORMATION MEDICALE :

12- Comment jugez-vous l'information donnée par votre médecin sur votre état de santé ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	Non donnée
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

VII- INTIMITE / DIGNITE :

13- Votre intimité et votre dignité ont-elles été respectées ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

VIII- SORTIE :

14- Comment jugez-vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
- Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Merci pour votre participation