



VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre prise en charge en dialyse, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.

Votre avis sera précieux pour nous aider à travailler à l'amélioration de la qualité de nos services à l'égard de nos patients.

Dès que vous avez rempli ce questionnaire, il vous est possible de le remettre au responsable de service, au personnel soignant, dans l'urne prévue à cet effet dans le hall ou nous le renvoyer par courrier.

Nous vous remercions à l'avance de votre participation, et nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Direction

Vous êtes :	Un homme ☐	Une femme ☐
Vous êtes :	En activité ☐	Sans activité ☐
Depuis quelle année êtes-vous dialysé(e) : / / / / /		
A quel moment a eu lieu votre dialyse : Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐		
Quel est votre âge : / / / / ans		Quel est le code postal de votre domicile : / / / / /
Facultatif, vos coordonnées :		
		
Date de sortie : / / / / / 2026		

tournez la page, SVP 

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant ☒ la case de votre choix

 Très satisfait  Plutôt satisfait  Plutôt pas satisfait  Pas du tout satisfait



Comment jugez-vous ?

L'accueil téléphonique	☐	☐	☐	☐
L'accueil et la disponibilité du personnel administratif	☐	☐	☐	☐
L'accueil du personnel soignant	☐	☐	☐	☐
Le contenu du livret d'accueil, si vous êtes concerné	☐	☐	☐	☐
La prise en charge de la douleur	☐	☐	☐	☐
La clarté des informations données par l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐
La clarté des informations données par les médecins	☐	☐	☐	☐
La clarté des informations concernant les examens complémentaires	☐	☐	☐	☐
La disponibilité de l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐
L'attention de l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐
Le calme dans le service	☐	☐	☐	☐
La qualité et l'hygiène des soins	☐	☐	☐	☐
Le respect de votre intimité	☐	☐	☐	☐
Le respect de la confidentialité dans le service	☐	☐	☐	☐
L'attention réservée à vos proches	☐	☐	☐	☐
Votre prise en charge diététique	☐	☐	☐	☐
Votre prise en charge psychologique	☐	☐	☐	☐
Le brancardage si vous êtes concerné	☐	☐	☐	☐
Les horaires de séance	☐	☐	☐	☐
La propreté des locaux	☐	☐	☐	☐
L'accessibilité des locaux	☐	☐	☐	☐
Le confort des locaux	☐	☐	☐	☐
La qualité des repas, de la collation	☐	☐	☐	☐
La qualité du service hôtelier	☐	☐	☐	☐

Nos 3 questions ciblées pour cette année 2025

La prise en charge par les ambulanciers	☐	☐	☐	☐
La température dans le service	☐	☐	☐	☐
Le confort pendant le temps d'attente avant et après la séance	☐	☐	☐	☐

Votre appréciation globale sur le service de dialyse

Comment jugez-vous notre établissement ?



Si vous deviez recommander notre établissement à un ami/proche,
quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?

/ 10

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?

.....

.....

.....

Vous pouvez, ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :

.....

.....

.....

Merci de votre participation

A remplir par l'établissement :

Mois /__/_/

Code local /__/_/

Saisie /__/_/_/_/_/_/_/_/_/_