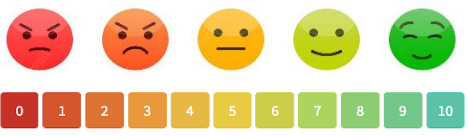
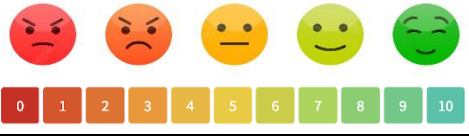
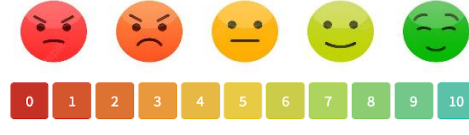

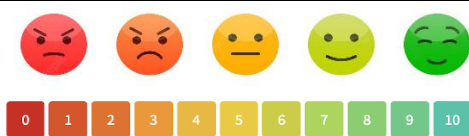
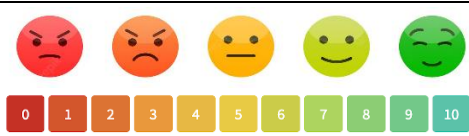
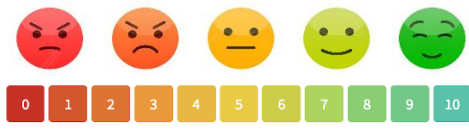
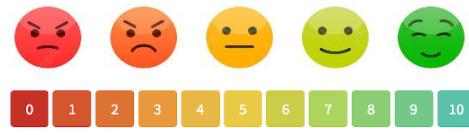
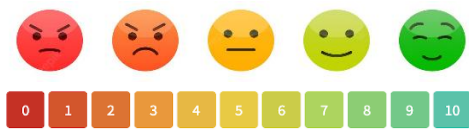




## Votre satisfaction nous intéresse

Nom, prénom (Facultatif) : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Date du séjour : \_\_\_\_\_

Etes -vous satisfait, satisfaite de :

L'accueil qui vous a été réservé	
Les soins qui vous ont été dispensés	
La qualité de la prise en charge de votre douleur	
Les informations relatives à vos médicaments	
Les informations relatives à votre prise en charge	
La qualité des repas qui vous ont été servis	
La qualité de l'hébergement qui vous a été proposé	
La préparation de sortie qui vous a été proposée	
De manière globale êtes-vous satisfait de votre séjour ?	
Recommanderiez-vous l'établissement à un ami, à un de vos proches ?	  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON



**Commentaires :**