



## Questionnaire Expérience Patient

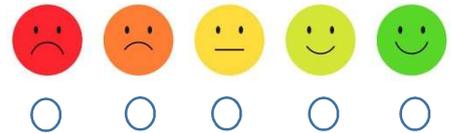


Votre avis ou celui de votre proche concernant votre séjour et vos soins est important pour améliorer la qualité des soins et des services du CHN William Lennox. Ce questionnaire va nous permettre de mieux comprendre votre vécu. N'hésitez pas à partager des détails de votre séjour qui sont importants pour vous. Toutes les réponses seront traitées de manière anonyme.

**Vous pouvez également compléter le questionnaire en ligne via le QR ci-dessus !**

D'avance nous vous en remercions - *La direction du CHN William Lennox*

**Comment avez-vous vécu (ou votre proche hospitalisé) votre séjour au CHN William Lennox ?**



**Qu'avez-vous vécu de positif pendant votre séjour au CHN William Lennox ?**

**Qu'avez-vous vécu de négatif pendant votre séjour au CHN William Lennox ?**

**Qu'aurions-nous pu faire de mieux pour améliorer votre séjour ?**

**Avez-vous répondu en tant que patient ou proche d'un patient ?**

Patient  Proche d'un patient

**Pour quelle raison avez-vous fréquenté le CHN William Lennox ?**

Une prise en charge  Un bilan

**Dans quelle unité séjournez-vous (ou votre proche) ?**

Enfant :  A01  A1  B01  Aubier  
Adulte :  C1  C2  A2  Eveil Coma