



L'expérience d'un patient, d'un résident ou d'un proche

GQ/SATISF/FORM 012/CRU

N° version : 01

Validé par : Mme Constantin, présidente de la CDU

Applicable le : 31/01/2022

Page 1 sur 2

L'hôpital vous écoute...

Ce document est mis à votre disposition pour faciliter l'expression des usagers. Si vous souhaitez communiquer votre expérience concernant votre hospitalisation ou votre consultation ou celles de votre proche, vous pouvez remplir cet imprimé et le mettre dans la boîte aux lettres disponible dans chaque service.

La Directrice du Centre Hospitalier sera informée de votre expérience qui sera traitée par le service « relations avec les usagers et les associations ». Les membres de la Commission des Usagers (CDU) en seront également informés de manière anonyme.

La Commission des Usagers veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches, la commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

A cet effet, elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment « *une synthèse des réclamations et des plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches* ».

Date de dépôt :

Service d'hospitalisation ou lieu d'hébergement :

Identification du patient/résident

Nom

Prénom

Adresse

.....

Téléphone :

e-mail :

Identification de la personne exprimant son expérience (si différent du patient/résident)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Lien avec le patient :



L'expérience d'un patient, d'un résident ou d'un proche

GQ/SATISF/FORM 012/CRU

N° version : 01

Validé par : Mme Constantin, présidente de la CDU

Applicable le : 31/01/2022

Page 2 sur 2

Objet de votre expérience

(Exposé précis des faits ; date, heure, lieu, personne éventuelle concernée).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont vos suggestions pour que nous puissions nous améliorer ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature du patient/résident ou du déclarant