



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Merci de nous consacrer un peu de votre temps en complétant ce questionnaire ; nous pourrions ainsi améliorer le fonctionnement de l'établissement et les prestations qu'il propose.

Ce questionnaire est à remettre au personnel soignant au moment de votre départ ou à déposer dans les boîtes aux lettres près des ascenseurs vitrés, ou à envoyer par la poste au Service Qualité.

Service / Unité :

Vous êtes :

- Le patient
 Autre (précisez)

Votre hospitalisation :

- S'est faite en urgence
 Était prévue d'avance

* Si vous cochez ces cases, merci d'utiliser le cadre « Remarques » pour expliquer votre insatisfaction.

VOTRE ENTRÉE

Comment avez-vous trouvé le déroulement des formalités d'admission ?

- Excellent Bon Moyen Mauvais *

Vous avez été accueilli(e) par :

- Une personne de l'administration Un soignant Les deux

Que diriez-vous de l'accueil qui vous a été réservé à vous et vos proches ?

- Excellent Bon Moyen Mauvais *

VOTRE SÉJOUR

Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais

Que pensez-vous des précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité ?

- Excellentes Bonnes Moyennes Mauvaises *

L'INFORMATION SUR VOTRE PRISE EN CHARGE

Pendant votre séjour, avez-vous reçu spontanément des explications sur :

- Votre traitement ? Toujours Souvent Parfois Jamais *
- Votre état de santé ? Toujours Souvent Parfois Jamais *

Quand vous aviez des questions à poser, avez-vous compris les réponses ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais *

LES RELATIONS

Est-ce que le personnel du service était courtois ? Oui Non

Si vous aviez besoin d'aide pour les activités de la vie courante, avez-vous pu l'obtenir ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais *

LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

Avez-vous pu parler avec l'équipe de votre douleur ? Oui Non Non concerné(e)

Un traitement a-t-il été administré rapidement ? Oui Non Non concerné(e)

Le soulagement de votre douleur a-t-il été efficace ? Excellent Bon Moyen Mauvais *

VOS SOINS

Dans l'ensemble, diriez-vous que les soins reçus à l'hôpital étaient :

- Excellents Bons Moyens Mauvais *

VOS EXAMENS

Si vous avez passé des examens (radio, scanner, EEG, ECG...) au sein de l'hôpital, le délai d'attente était-il :

- Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant *

VOTRE INTERVENTION

Avez-vous bénéficié d'une intervention au bloc opératoire ? Oui Non

Si oui :

Avez-vous été satisfait de l'accueil et de l'amabilité du personnel au bloc opératoire ?

- Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant *

Le délai de votre prise en charge pour votre intervention a-t-il été :

- Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant *

En salle de réveil, la prise en charge et l'amabilité du personnel ont-elles été :

- Très satisfaisantes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Pas du tout satisfaisantes *

LE TRANSPORT

Que pensez-vous de la façon dont le personnel vous a accompagné(e) à l'intérieur de l'hôpital ?

- Excellente Bonne Moyenne Mauvaise *

VOTRE CHAMBRE

Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ? Excellente Bonne Moyenne Mauvaise *

Que pensez-vous du confort de votre chambre ? Excellent Bon Moyen Mauvais *

Avez-vous été gêné(e) par le bruit dans votre chambre ? Toujours * Souvent Parfois Jamais

LA RESTAURATION

Que pensez-vous des repas servis ? Excellents Bons Moyens Mauvais *

Votre commande a-t-elle été respectée ? Toujours Souvent Parfois Jamais *

Avez-vous été informé(e) de votre régime ? Oui Non Non concerné(e)

VOTRE SORTIE

Que pensez-vous de l'organisation de votre sortie :

- Excellente Bonne Moyenne Mauvaise *

Les informations orales qui vous ont été données (traitement, activités autorisées...) au moment de votre sortie vous ont paru Très satisfaisantes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Pas du tout satisfaisantes *

Vous a-t-on remis les documents nécessaires à la poursuite de vos soins ?

- Oui Non Non concerné(e)

APPRÉCIATION GLOBALE DU SÉJOUR

Votre opinion générale sur votre séjour à l'hôpital est : Excellente Bonne Moyenne Mauvaise *

Recommanderiez-vous cet hôpital à votre entourage s'il devait être hospitalisé ? Oui Non

Avez-vous des remarques, commentaires, suggestions ?

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

** Si vous cochez ces cases, merci d'utiliser le cadre «Remarques» pour expliquer votre insatisfaction.
Ce document doit être complété et apporté au bureau administratif de l'hôpital le jour de votre consultation anesthésie.
À défaut vous pouvez nous l'adresser par fax au 04 78 61 87 81 ou par courrier.*