



AIDEZ-NOUS A NOUS AMELIORER !

Madame, Monsieur,

Vous pouvez nous aider à améliorer la QUALITE des soins et des services dans notre hôpital en nous donnant votre OPINION.

Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire de sortie.

Durée de votre hospitalisation : 2 jours ou moins Entre 2 et 8 jours Entre 8 et 15 jours Plus longtemps

Vous êtes : Une femme Un homme

1. L'ACCUEIL

- 1.1 Vous a-t-on remis un livret d'accueil ? De l'hôpital Du service Aucun
- 1.2 Le personnel de l'hôpital, lorsqu'il s'est adressé à vous, vous a-t-il donné son nom et sa fonction ?
 Toujours Souvent Rarement Jamais
- 1.3 A-t-il été aimable ? Toujours Souvent Rarement Jamais
- 1.4 A-t-il pris le temps de répondre à vos questions ? Toujours Souvent Rarement Jamais
- 1.4.1 Avez-vous obtenu les réponses à vos questions ?
- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| • sur vos démarches administratives | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non Concerné |
| • sur votre état de santé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non Concerné |
| • sur vos interlocuteurs en cas de réclamation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non Concerné |
| • sur les coûts de votre hospitalisation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non Concerné |
| • sur l'accès aux cultes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non Concerné |
- autre, précisez : _____
- 1.5 Si vous êtes en situation de handicap, le personnel en a-t-il pris compte ?
 Toujours Souvent Rarement Jamais Non Concerné

Vous pouvez ajouter vos commentaires :

2. LES SOINS

- 2.1 Vous a-t-on donné des informations sur :
- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| • vos traitements (médicaments, perfusions...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas assez |
| • le déroulement de vos examens (radios, prises de sang...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas assez |
- 2.2 Vous a-t-on expliqué que vous pouvez désigner une « personne de confiance » ?
 Oui Non Vous ne savez pas ce qu'est une « personne de confiance »
- 2.3 Etes-vous satisfait de la qualité des soins qui vous ont été prodigués ?
 Tout à fait Plutôt Pas vraiment Pas du tout
- 2.4 Pensez-vous que le personnel soignant ait tout fait pour :
- | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| • soulager votre douleur | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Non Concerné |
| • respecter votre intimité | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Non Concerné |
| • respecter la confidentialité | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Non Concerné |
- 2.5 Vous a-t-on expliqué ce que vous alliez pouvoir faire ou ne pas faire en fonction de votre état de santé après votre sortie ?
 Oui Non

Vous pouvez ajouter vos commentaires :



3. LES PRESTATIONS HOTELIERES

- 3.1 Avez-vous choisi vos repas au cours de votre séjour ? Oui Non Non Concerné
- 3.2 Les horaires de distribution vous convenaient-ils ? Oui Non Non Concerné
Si non pourquoi ?
- 3.3 Les plats étaient-ils servis à bonne température ? Oui Non Non Concerné
- 3.4 Les quantités servies étaient-elles adaptées à votre appétit ? Oui Non Non Concerné
- 3.5 La qualité des repas était-elle satisfaisante? Oui Non Non Concerné
- 3.6 Considérez-vous avoir eu assez de temps pour manger ? Oui Non Non Concerné
- 3.7 Vous a-t-on proposé au cours de vos repas différents assaisonnements? (Sel, poivre, mayonnaise, ketchup etc.) Oui Non Non Concerné
- 3.8 Vous a-t-on proposé (si besoin) de l'aide pour prendre votre repas ? Oui Non Non Concerné
- 3.9 Votre chambre a-t-elle été nettoyée tous les jours ? Oui Non Je ne sais pas
- 3.10 Vos sanitaires ont-t-ils été nettoyés tous les jours ? Oui Non Je ne sais pas
- 3.11 Avez-vous été dérangé par le bruit ? Non La nuit Le jour
- 3.12 Votre télévision fonctionnait-elle correctement ? Oui Non Non Concerné
- 3.13 Votre téléphone fonctionnait-il correctement ? Oui Non Non Concerné
- 3.14 Avez-vous eu des difficultés d'accès (salle de bain, parcours dans l'hôpital...) ? Oui Non Non Concerné
- 3.14.1 Si oui, vous pouvez nous donner des précisions :

4. Suite à votre séjour, quelles seraient, selon vous, les principales améliorations à apporter ?

.....

.....

Conseilleriez-vous ce service à vos proches ?

- TOUT A FAIT PLUTOT PAS VRAIMENT PAS DU TOUT

NOUS VOUS REMERCIONS DU TEMPS QUE VOUS AVEZ CONSACRE A REpondre A CE QUESTIONNAIRE

Vous pouvez remettre ce questionnaire :

- à une personne du service
- dans une boîte aux lettres du service

Identification du service (Indispensable)

- et indiquer si vous le souhaitez votre nom et prénom, nous pourrons dans ce cas vous apporter une réponse en cas de réclamation :