

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de votre prise en charge, et à mieux répondre à vos attentes, pouvez-vous nous donner votre opinion en répondant aux questions suivantes. Ce questionnaire est anonyme. Merci de bien vouloir le remplir et le remettre au cadre de santé, à l'infirmière ou dans les boîtes prévues à cet effet dans les services (à l'aide de l'enveloppe ci-jointe). Nous vous remercions et vous souhaitons un prompt rétablissement.

Date :/...../..... Ce questionnaire est complété par : le patient un proche du patient les deux ensemble

Votre séjour hospitalier a été :    

Votre hospitalisation était programmée ? OUI NON

























Vous avez été hospitalisé suite à un passage aux urgences ? OUI NON

Dans quel service avez-vous séjourné ?





- Médecine A Médecine B Médecine C La Réole SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)
 Chirurgie Hôpital de semaine Court Séjour Gériatrique Maternité UHCD Surveillance continue

Vous avez été hospitalisé du..... au

Votre arrivée

- Comment estimez-vous :
 L'accueil et l'information par le bureau des entrées    
 L'accueil et l'information par le service des urgences    
 L'accueil et l'information par le standard    
 Le respect de la confidentialité    
 Les panneaux signalétiques pour vous orienter    
 La propreté des locaux    













Votre arrivée dans le service

- L'accueil de l'équipe soignante a été :    
 Vous a-t-on offert la possibilité de désigner une personne de confiance ? Oui Non Ne Sait Pas
 Vous a-t-on demandé si vous avez rédigé des directives anticipées ? Oui Non Ne Sait Pas





















Votre prise en charge médicale et soignante

Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service (médecins, infirmières, ...) ? OUI NON

Au sujet du médecin, que pensez-vous :

- De l'information qu'il vous a donnée sur votre état de santé et sur votre traitement    
 De son écoute    
 De sa disponibilité    

Au sujet de l'équipe soignante para médicale, que pensez-vous sur :

- Le respect de votre dignité et intimité    
 Leur disponibilité    
 Leur écoute    
 L'information sur les soins reçus    
 L'aide apportée aux activités de la vie courante (se laver, manger...)    

Prise en charge de votre douleur

Avez-vous eu des douleurs lors de cette hospitalisation ?

OUI

NON

Si oui Etes-vous satisfaits des informations reçues par :

Le(s) médecin(s)

Les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s

Etes-vous satisfait du niveau de soulagement de votre douleur ?

Le jour

La nuit

Etes-vous satisfait du délai de prise en charge de votre douleur ?

Le jour

La nuit

Votre hébergement

La chambre vous a paru :

Confortable

Propre

Calme et reposante

Fonctionnelle par rapport aux handicaps physiques ?

OUI

NON

Si NON, Pourquoi ?

Qu'avez-vous pensé des prestations suivantes :

Télévision

non utilisé

Téléphone

non utilisé

Concernant les repas, quelle est votre opinion sur :

La qualité

La quantité

La présentation

La température

Le respect de vos préférences alimentaires OUI NON

Vous a-t-on fait choisir vos menus ?

Votre sortie

Comment considérez-vous l'information que vous avez reçue :

Sur vos conditions de sortie (jour, heure, mode de transport...)

Sur le traitement et les soins à poursuivre

Sur les actions effectuées pour que vous obteniez des aides à domicile

Etes-vous satisfait des prestations du service social non utilisé

Satisfaction de la famille ou de l'entourage à remplir par la famille ou l'entourage

Pensez-vous que les soignants font preuve, à votre égard, de :

• disponibilité - écoute

• soutien et accompagnement

• rapidité de réaction

• Efficacité

Comment avez-vous jugé l'accueil

• au bureau des admissions / standard

• par l'équipe soignante

• par l'équipe médicale

Etes-vous satisfait des informations que vous avez reçues dans le service

• par l'équipe soignante • par l'équipe médicale

Etes-vous globalement satisfait de la façon dont votre proche a été pris en charge

Commentaires, observations, suggestions

.....

.....

.....