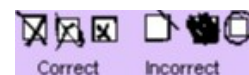






Afin de nous aider à améliorer la qualité des séjours, nous vous remercions de consacrer un peu de temps, vous ou vos proches, pour remplir ce questionnaire qui restera confidentiel et anonyme (sauf si vous souhaitez indiquer votre nom en dernière page)

Pour faciliter l'analyse de ce questionnaire, nous vous remercions de bien vouloir écrire avec un **stylo à bille ou feutre bleu ou noir**, de la manière suivante:







Service d'hospitalisation \_\_\_\_\_ Date de sortie \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

NC : Non Concerné  Non satisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait





## VOTRE ARRIVEE

Comment avez-vous apprécié :





|  | NC                       |  |  |  |  |
|--|--------------------------|---|---|---|---|
| Le fléchage d'accès aux bâtiments                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La facilité de stationnement                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| L'accès pour les personnes en situation de handicap          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La signalétique à l'intérieur des locaux                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| L'accueil administratif                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| L'accueil dans les services de soin                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Les informations contenues dans le livret d'accueil          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| L'information sur la désignation de la personne de confiance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| L'information sur les directives anticipées                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

## VOTRE SEJOUR

Comment avez-vous apprécié :





|   | NC                       |  |  |  |  |
|---|--------------------------|---|---|---|---|
| La qualité de la relation avec les médecins   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La qualité de la relation avec le personnel soignant                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La manière dont vous avez été associé(e) aux décisions thérapeutiques vous concernant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La qualité des informations sur votre état de santé                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La qualité des informations sur les soins reçus, actes médicaux ou examens proposés   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Les informations sur les effets indésirables possibles de vos examens ou traitements  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La qualité de la réponse à vos sollicitations   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Le respect de votre intimité  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La confidentialité  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| L'évaluation de votre douleur   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Le soulagement de votre douleur   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

## Comment avez-vous apprécié :

|  | NC                       |  |  |  |  |
|--|--------------------------|---|---|---|---|
| Le confort de la chambre (literie, salle de bain, espace,...)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Le calme dans le service   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| L'entretien de la chambre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La prestation téléphonique   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La prestation télévision   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La prestation Internet   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La qualité des repas ou des collations   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La variété des plats et le choix des menus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Le respect de votre régime alimentaire   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Les conditions de transport interne (brancardage, fauteuil,..) pour vous emmener d'un service à un autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

### VOTRE SORTIE

## Comment avez-vous apprécié :

|  | NC                       |  |  |  |  |
|--|--------------------------|---|---|---|---|
| L'organisation de votre sortie (date, préparation,...)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Les informations données pour assurer la continuité de vos soins (soins à domicile, prochains RDV, régimes,..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Les informations sur les traitements médicamenteux à l'issue de votre sortie                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

### VOTRE OPINION GENERALE

Cochez la note correspondant le mieux à l'appréciation de votre séjour (échelle de 0 à 10)

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

En cas de nouvelle hospitalisation, reviendriez-vous dans notre établissement ?    Oui     Non

Recommanderiez-vous notre établissement à vos proches?    Oui     Non

Observations et suggestions:

Nom et prénom (facultatifs):

Merci de remettre ce questionnaire à l'équipe soignante, ou le déposer dans les boîtes aux lettres (du service de soin ou du bureau des admissions), ou l'adresser par courrier à la Direction Générale du Centre Hospitalier

Ne rien inscrire en dessous de cette ligne