

QUESTIONNAIRE DE SORTIE HOSPITALISATION COMPLETE

Votre avis nous intéresse

Madame, Monsieur,
 Votre opinion est précieuse pour améliorer la qualité des prestations que nous vous offrons.
 Nous vous remercions par avance de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire de satisfaction.
 Nous vous souhaitons un complet rétablissement et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sentiments les meilleurs.

La Direction

V5 du 14/10/2016

1 - Quel est votre niveau de satisfaction concernant la signalétique dans l'établissement ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

2 - Le personnel administratif vous a-t-il informé des modalités de prise en charge de votre séjour ?

- Oui Non

3 - Quel est votre niveau de satisfaction concernant les délais d'attente au cours de votre séjour ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Si vous êtes insatisfait de ces délais, pouvez-vous nous préciser à quel niveau ?

- Aux admissions (temps d'attente estimé :)
 Dans l'unité de soins (temps d'attente estimé :)
 Avant la sortie (temps d'attente estimé :)
 Au bloc opératoire (temps d'attente estimé :)
 Autre :

4 - La personne qui vous a accueilli dans l'unité de soins vous a-t-elle décliné son identité professionnelle ?

- Oui Non Ne sait plus

Si oui, laquelle ?

- Infirmière Diplômée d'État Aide Soignante
 Agent de Service Hospitalier Cadre Infirmier

5 - Vous a-t-elle donné des informations sur les consignes opératoires ?

- Oui Non Ne sait plus

6 - Votre chambre vous a-t-elle été présentée ? Oui Non Ne sait plus

7 - Le fonctionnement du service vous a-t-il été expliqué en ce qui concerne ?

	Oui	Non	Ne sait plus
Les heures de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les heures des visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les journaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le signalement du personnel (couleur des tenues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 - Êtes-vous satisfait de l'accueil reçu ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Aux admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'unité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 - Avez-vous reçu une information claire sur votre prise en charge (le diagnostic, les thérapeutiques ou les interventions envisagées, leurs effets attendus ou leurs risques éventuels) de la part :

	Oui	Non	Ne sait plus
Du chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du Médecin Anesthésiste Réanimateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 - Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La qualité des soins reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité, l'écoute, l'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 - Avez-vous été associé(e) à chaque fois que vous le souhaitiez ?

	Oui	Non	Ne sait plus
Aux décisions thérapeutiques vous concernant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux décisions relatives à votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 - Quel est votre niveau de satisfaction concernant le respect :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
De votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la confidentialité et de votre dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vos croyances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 - Que pensez-vous du confort de la chambre ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

14 - Concernant la prestation restauration, quel est votre niveau de satisfaction sur

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La présentation des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le goût des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température des plats chauds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de vos choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 - Quel est votre niveau de satisfaction sur l'information que vous avez reçue par le personnel paramédical (infirmières, aides soignantes et agents hôteliers) sur :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins à poursuivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les régimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos interlocuteurs après la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conseils à la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 - Que pensez-vous de l'organisation de votre sortie ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Si vous n'êtes pas satisfait, pour quelle(s) raison(s) ?

17 - Quelle note de satisfaction globale donneriez-vous à l'ensemble de votre séjour ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mode d'admission : Programmée Urgences

Date du séjour : du/...../..... au/...../..... n° chambre :

Unité d'hospitalisation : US1 US2 US3 US4

Nature de l'intervention :

Sexe : Homme Femme

Age : - de 15 ans 16 à 39 ans 40 à 64 ans 65 à 79 ans + de 80 ans

Avez-vous des remarques, des suggestions ?

.....

.....

Merci de déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres du service avant votre départ