




# Votre sortie

## L'organisation de votre sortie vous a-t-elle été :

			
Médiocre	Moyen	Satisfaisant	Très satisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Si votre état de santé le justifiait, reviendriez-vous dans cet hôpital ? :

Oui  Non, pourquoi ? .....

# Vos remarques et suggestions

.....

.....

.....

# Pour mieux vous connaître

## Service ou unité où vous avez été hospitalisé ?

Date d'entrée : ..... Nombre de jours d'hospitalisation : .....

Le patient est : Un homme  Une femme  Un enfant

Age du patient : .....

## Qui a rempli le questionnaire :

Le patient  La famille  Une autre personne, précisez .....

Si vous souhaitez une réponse, merci d'indiquer vos coordonnées :

Nom, prénom .....

Adresse : .....

Veuillez retourner ce questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe par voie postale ou remettez-le à l'équipe soignante.

Merci de votre aide indispensable pour apporter les améliorations nécessaires.

Le Directeur

DIP 7 - MAJ décembre 2017



Centre hospitalier  
**MOULINS YZEURE**

Pour remplir ce questionnaire, cochez la case correspondante à votre appréciation.

# Patient, donnez votre avis





Afin d'améliorer la qualité des soins et des prestations, nous vous invitons à remplir ce questionnaire. Vos réponses resteront confidentielles.

## L'accueil

### Votre accueil a-t-il été :

					Question non adaptée
	Médiocre	Moyen	Satisfaisant	Très satisfaisant	
Au service des urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bureau des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au service de radiologie	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

### Globalement, l'accueil de votre entourage a-t-il été :

					Question non adaptée
	Médiocre	Moyen	Satisfaisant	Très satisfaisant	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Le personnel de l'unité d'hospitalisation s'est-il présenté à vous :





Par son nom ?  Oui  Non

Par sa fonction ?  Oui  Non

### Vous a-t-on remis le livret d'accueil ? Oui Non


### Vous a-t-on remis la liasse d'information ? Oui Non

### Les informations utiles à votre séjour (visites, cultes, télévision...) ont-elles été :





			
Médiocre	Moyen	Satisfaisant	Très satisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Votre séjour

**Votre chambre ou votre lieu de séjour ou lieu de séance** (ambulatoire, hôpital de jour...):

				
	Médiocre	Moyen	Satisfaisant	Très satisfaisant
Le confort était-il :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté était-elle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température était-elle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'insonorisation était-elle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vos repas :**

					Question non adaptée
	Médiocre	Moyen	Satisfaisante	Très satisfaisante	
La qualité était-elle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité était-elle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on demandé vos choix, vos goûts	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		

**Si vous avez dû vous rendre dans un autre service** (consultation, examen...) **comment jugez vous votre transport :**

					Question non adaptée
	Médiocre	Moyen	Satisfaisante	Très satisfaisante	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**Votre intimité a-t-elle été respectée :**

Oui  Non, pourquoi ? .....

**La confidentialité de votre état de santé a-t-elle été respectée :**





Oui  Non, pourquoi ? .....

**L'accompagnement pour vos démarches administratives a-t-il été ?**

				
	Médiocre	Moyen	Satisfaisant	Très satisfaisant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Votre prise en charge

**Les informations données par le médecin ont été à propos :**

				
	Médiocre	Moyen	Satisfaisant	Très satisfaisant
des soins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des traitements :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des examens :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L'équipe soignante a-t-elle été :**

	Oui	Non
disponible :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à l'écoute de vos besoins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous a-t-elle fournie des informations adaptées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez été confronté à la douleur, la réponse apportée a-t-elle été :**

				
	Médiocre	Moyen	Satisfaisante	Très satisfaisante
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Selon vous, les soins dispensés ont-ils été :**

				
	Médiocre	Moyen	Satisfaisante	Très satisfaisante
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L'intervention proposée par le service social a-t-elle été :**

					Question non adaptée
	Médiocre	Moyen	Satisfaisante	Très satisfaisante	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Votre parcours entre les services administratifs, d'hospitalisation, d'examen... a-t-il été ?**

					Question non adaptée
	Médiocre	Moyen	Satisfaisante	Très satisfaisante	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>