

Vos remarques et suggestions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Oui Non Si non, pourquoi ?

Pour mieux vous connaître

Nom du service d'hospitalisation :

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

Le patient est : Un homme Une femme Un enfant

Age :

NOM, prénom du patient (facultatif) :

Ce questionnaire est complété par : Le patient La famille

Autre personne, précisez :

Merci de votre aide, indispensable pour apporter les améliorations nécessaires.

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

Le Directeur



CENTRE HOSPITALIER
MOULINS YZEURE

Donnez-nous votre avis

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

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

Nom, prénom et adresse :

Pour remplir ce questionnaire, cocher la case correspondant à votre choix. Laisser les cases vides si la question ne correspond pas à votre situation.

Votre accueil

L'accueil a-t-il été :



Médiocre



Moyen



Satisfaisant



Très satisfaisant

Au service des urgences

Au bureau des entrées

Dans le service d'hospitalisation

Au service de radiologie

Au bloc opératoire

Le personnel du service d'hospitalisation s'est-il présenté à vous :

Par son nom ? Oui Non Par sa fonction ? Oui Non

Vous a-t-on donné un livret d'accueil ? Oui Non

L'avez-vous consulté ? Oui Non

Les informations concernant vos conditions de séjour

(télévision, visites, cultes...) ont-elles été :



Médiocre



Moyen



Satisfaisant



Très satisfaisant

Votre séjour

Votre chambre :



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 :



La qualité était-elle	<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"/>

Si vous avez du vous rendre dans un autre service (consultation, examens...) comment jugez-vous votre transport :

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

Votre intimité a-t-elle été respectée ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

La confidentialité sur votre état de santé a-t-elle été respectée ?

Oui Non

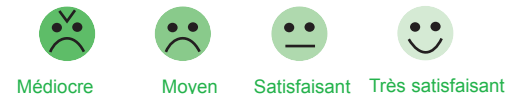
Si non, pourquoi ?

La coordination des démarches administratives a-t-elle été :

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

Votre prise en charge

Les informations médicales données par le médecin étaient :



Sur vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'équipe soignante :

A-t-elle été disponible ? Oui Non

A-t-elle été à l'écoute de vos besoins ? Oui Non

Vous a-t-elle fournie des informations adaptées ? Oui Non

Si vous avez été confronté à la douleur, la réponse apportée était-elle :

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

Selon vous, les soins dispensés ont-ils été :

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

L'information sur l'intervention proposée par le service social a-t-elle été :

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

La coordination entre services a-t-elle été :

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

Votre sortie

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

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