

Votre sortie

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



Médiocre



Moyen



Satisfaisant



Très satisfaisant

De manière générale, vous êtes-vous senti bien traité ?

Oui Non, pourquoi ?

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.



Centre hospitalier
MOULINS YZEURE

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.

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

L'accueil

Votre accueil a-t-il été :



Médiocre



Moyen



Satisfaisant



Très satisfaisant

Question non adaptée

Au service des urgences
Au bureau des entrées
En service d'hospitalisation
Au service de radiologie
Au bloc opératoire



Médiocre



Moyen



Satisfaisant



Très satisfaisant

Question non adaptée

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

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

Votre séjour

Votre chambre ou votre lieu de séjour ou lieu de séance (ambulatorio, 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"/>