

Vous allez quitter notre établissement. Nous espérons que votre séjour a répondu à votre attente. Afin d'améliorer les prestations qui vous sont proposées, merci de nous consacrer un peu de votre temps en complétant ce questionnaire.

Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Date de votre hospitalisation : <input type="text"/>	Age : <input type="checkbox"/> - de 24 ans <input type="checkbox"/> 25-59 ans <input type="checkbox"/> 60-79 ans <input type="checkbox"/> + de 80 ans
---	--	---

Dans quel(s) service(s) avez-vous séjourné ?

<input type="checkbox"/> Cardiologie-Pneumologie	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Hôpital de semaine
<input type="checkbox"/> Hôpital de jour	<input type="checkbox"/> UHTCD	<input type="checkbox"/> SSR 1	<input type="checkbox"/> SSR 2
<input type="checkbox"/> Court Séjour Gériatrique	<input type="checkbox"/> Psychiatrie Cyprès	<input type="checkbox"/> Psychiatrie Amandiers	<input type="checkbox"/> CMP

VOTRE ARRIVEE

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avant d'être pris en charge, avez-vous attendu aux urgences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous été informé sur le temps d'attente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait des soins qui vous ont été donnés aux urgences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait des informations qui vous ont été données aux urgences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous eu des douleurs pendant votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, êtes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LORS DE VOTRE SEJOUR, ETES VOUS SATISFAIT :

De l'accueil que vous avez reçu dans l'unité de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins qui vous ont été donnés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été informé de façon clair et adaptée sur votre état de santé et le déroulement de vos soins et examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre intimité et votre dignité ont-elles été respectées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du confort de votre chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté de votre chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité et de la propreté du linge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du déroulement des formalités administratives (lors de l'admission, la sortie, le paiement...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle est votre opinion sur les critères suivants ?

Les odeurs :

<input type="checkbox"/> normales	<input type="checkbox"/> gênantes	<input type="checkbox"/> insupportables
-----------------------------------	-----------------------------------	---

La température des locaux :

<input type="checkbox"/> suffisante	<input type="checkbox"/> excessive	<input type="checkbox"/> insuffisante
-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Le bruit :

<input type="checkbox"/> acceptable	<input type="checkbox"/> gênant	<input type="checkbox"/> insupportable
-------------------------------------	---------------------------------	--

VOTRE TRAITEMENT

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez vous été informé de façon claire et adaptée sur votre traitement durant l'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a t-on informé(e) sur les médicaments que vous devrez prendre après votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait de l'organisation de votre sortie (annonce de la sortie, date, destination...) ?

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------

LES REPAS

- qualité gustative (goût et saveur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- quantité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- température du plat principal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- variété des menus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- installation et aide au repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des commentaires ou sujétions d'améliorations ?

Globalement, êtes-vous satisfait de votre séjour à l'hôpital ?
(Entourez la réponse)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------