

**VOTRE AVIS NOUS INTERESSE,  
RASSUREZ-VOUS CE QUESTIONNAIRE EST ANONYME :**

**(Vous pouvez remettre cette fiche auprès du bureau des admissions, dans la boîte aux lettres à votre disposition)**



En remplissant ce questionnaire, vous nous aidez à mieux répondre à vos attentes et à améliorer le fonctionnement de nos services

**VOTRE SERVICE D'HOSPITALISATION :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecine polyvalente   | <input type="checkbox"/> Consultations diabétologie               |
| <input type="checkbox"/> Médecine La Clayette   | <input type="checkbox"/> Hôpital de jour                          |
| <input type="checkbox"/> Maternité  | <input type="checkbox"/> Hôpital de semaine                       |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrie  | <input type="checkbox"/> Unité de surveillance continue           |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie ambulatoire  | <input type="checkbox"/> Urgences                                 |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie complète   | <input type="checkbox"/> ZSCD (Zone de surveillance courte durée) |
| <input type="checkbox"/> CSG/UPUG (Court Séjour Gériatrique / Unité Post Urgence Gériatrique) | <input type="checkbox"/> Autres, précisez.....                    |
| <input type="checkbox"/> SMR (Soin Médicaux et de Réadaptation)                               | .....   |

Si le questionnaire n'est pas rempli, le patient :

- Est en incapacité de répondre     Refuse de remplir le questionnaire

 Satisfaisant    
  Pas satisfaisant    
 **NC** Non Concerné

**QUALITE DE L'ACCUEIL**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>Vous a-t-on posé un bracelet d'identification ?</b> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Vous a-t-on proposé le livret d'accueil ?</b>       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

    
     
 **NC**

**Que pensez-vous de l'accueil :**

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> aux urgences ?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> par le bureau administratif ?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> dans l'unité d'hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**La signalétique dans l'établissement vous a-t-elle parue ?**

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

**DROITS, INFORMATIONS et DIGNITE**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>Le personnel soignant s'est-il présenté à vous en précisant son IDENTITE et sa FONCTION :</b> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|--|------------------------------|------------------------------|

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>La CONFIDENTIALITE a-t-elle été respectée durant votre séjour :</b> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|--|------------------------------|------------------------------|

**Vous a-t-on donné des informations claires et faciles à comprendre sur :**

- |                             |                              |                              |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - la personne de confiance  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - les directives anticipées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

    
     
 **NC**

**Votre niveau de satisfaction sur les INFORMATIONS RECUES concernant :**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vos traitements :                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Les examens :                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Les différents soins:             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Déroulement du séjour:            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Evolution de votre état de santé: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Votre sortie :                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Le respect de votre INTIMITE vous a semblé :</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Le respect de votre DIGNITE vous a semblé :</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|



L'ATTENTION réservée à vos proches vous a semblé (accueil, visites, accompagnement...) :

Si vous avez rencontré un problème lié aux soins pendant votre hospitalisation, avez-vous reçu des informations le concernant ?



Oui

Non

### QUALITE DES SOINS DISPENSES

			NC
<b>Quel est votre niveau de satisfaction concernant :</b>			
○ la disponibilité du PERSONNEL MEDICAL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ la disponibilité du PERSONNEL SOIGNANT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ les conditions de votre prise en CHARGE MEDICALE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Les SOINS qui vous ont été dispensés ?</b>			
○ Aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Dans l'unité d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Les DELAIS d'attente après appel pour une demande d'aide ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La prise en charge DE LA DOULEUR ?</b>			
○ Aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Dans l'unité d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LES PRESTATIONS HOTELIERES

			NC
<b>Quel est votre niveau de satisfaction concernant :</b>			
○ le CONFORT de la chambre (propreté, mobilier, bruit) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ la qualité des REPAS (choix, goût, température, présentation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ la qualité du LINGE (propreté, renouvellement)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ le SERVICE TELEPHONIQUE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ la qualité du SERVICE TELEVISION (image, son, disponibilité) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA SORTIE

Avez-vous été informé(e) suffisamment tôt de la date et heure de sortie ?

Oui


Non

Les informations sur votre sortie et la continuité des soins après votre sortie vous ont-elles été données ?

Oui

Non

### APPRECIATION GLOBALE DU SERVICE

		
<b>Votre impression d'ensemble :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quels sont selon vous les 2 principaux points qui devraient faire l'objet d'une amélioration ?

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| ○ Accueil des urgences                   | ○ Respect de l'intimité         |
| ○ Accueil au bureau administratif        | ○ Prise en charge de la douleur |
| ○ Accueil dans l'unité d'hospitalisation | ○ Conditions d'hospitalisation  |
| ○ Disponibilité et écoute                | ○ Propreté                      |
| ○ Qualité de l'information               | ○ Repas                         |
| ○ Qualité des soins                      |                                 |

Autres remarques, éloges et suggestions : -----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Merci de votre collaboration

Centre Hospitalier du Pays Charolais - Brionnais Bd des Charmes – 71600 Paray-le-Monial Cedex