



L'HOPITAL le vôtre, le nôtre... QU'EN PENSEZ-VOUS ?

Le questionnaire de sortie du Centre Hospitalier de Sens

Novembre 2017

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé au sein de notre établissement. Afin de recueillir votre ressenti sur votre séjour, nous souhaiterions recueillir votre avis par le biais du présent questionnaire, en cochant la case correspondant à votre degré de satisfaction. Vos réponses nous permettront d'envisager les futurs axes d'amélioration du Centre Hospitalier de Sens.

L'ACCUEIL

| Tout à fait satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant |
|--------------------------|--------------|------------------|--------------------------|
| | | | |

La signalisation des locaux

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

L'accueil

- au Bureau des Admissions

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- aux Urgences

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- au Bloc opératoire

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- dans le service de soins

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- en radiologie, scanner

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- respect de la confidentialité

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Les délais d'attente

- au Bureau des Admissions

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- aux Urgences

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- dans le service de soins

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- en radiologie, scanner

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Information délivrée

- sur les conditions de votre séjour

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- sur votre état de santé, votre maladie

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- sur vos traitements médicamenteux

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- sur les soins dispensés

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- le respect de la confidentialité des informations

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Les soins

- soins infirmiers

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- soins de kinésithérapie

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- le respect de votre intimité durant les soins, la toilette

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| Tout à fait satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant |
|--------------------------|--------------|------------------|--------------------------|
| | | | |

L'équipe soignante

- son amabilité

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- son écoute

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- sa disponibilité

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

L'équipe médicale

- son amabilité

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- son écoute

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- sa disponibilité

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

La prise en charge de la douleur

- l'information sur les possibilités de prise en charge de la douleur

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- la façon dont les infirmières ont pris en charge votre douleur

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- la façon dont les médecins ont pris en charge votre douleur

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Le transport

- pour aller passer des examens ou vous conduire d'un service à un autre

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

La sortie

- la préparation suffisante et correcte à votre départ (organisation, date, matériel, documents)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- le personnel soignant s'est-il présenté à vous ?

| oui | non |
|-----|-----|
| | |

- le personnel médical s'est-il présenté à vous ?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

LES PRESTATIONS HOTELIERES

| | | | |
|------------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|
| Tout à fait satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant |
|------------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|

La chambre

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| - l'entretien | | | | |
| - le confort (<i>sanitaire, literie, température</i>) | | | | |
| - le niveau sonore de jour | | | | |
| - le niveau sonore de nuit | | | | |

La restauration

| | | | | |
|--|------------|------------|--|--|
| - la qualité (<i>variété, température, etc.</i>) | | | | |
| - les quantités | | | | |
| - le respect de votre régime | | | | |
| | oui | non | | |
| - avez-vous pu choisir vos menus ? | | | | |
| - si oui : avez-vous mangé ce que vous aviez commandé ? | | | | |

| | | | |
|------------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|
| Tout à fait satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant |
|------------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|

Les autres prestations

| | | | | |
|--------------------------------------|------------|------------|--|--|
| - le téléphone | | | | |
| - la télévision | | | | |
| - la bibliothèque | | | | |
| - la cafétéria | | | | |
| - les horaires de visite | | | | |
| - les prestations aux accompagnants | | | | |
| - la salle de jeux de pédiatrie | | | | |
| | oui | non | | |
| - avez-vous eu le livret d'accueil ? | | | | |

SATISFACTION GENERALE

| | oui | non |
|--|-----|-----|
| - l'établissement vous laisse-t-il une bonne impression générale ? | | |
| - si vous deviez être à nouveau hospitalisé, reviendriez-vous dans l'établissement ? | | |
| - avez-vous pris connaissance de la Charte du patient hospitalisé vous informant de vos droits ? | | |

| | patient | entourage |
|--|---------|-----------|
| - Ce questionnaire a été rempli par... | | |

Avez-vous des commentaires ou suggestions pour nous permettre d'améliorer la qualité de nos prestations ?

.....

.....

.....

Nom (facultatif) :

Date :

Service :

Nous vous remercions de votre concours et d'avoir consacré quelques instants à remplir les items de notre enquête.

Vous pouvez remettre ce questionnaire :

- lors de votre sortie :
 - auprès des personnels de votre service d'hospitalisation
 - auprès du Bureau des Admissions, situé dans le hall d'accueil (niveau 0)
- le retourner par courrier :
 - Centre Hospitalier Gaston Ramon - Direction
 - 1, avenue Pierre de Coubertin
 - 89108 SENS Cedex