

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Médecine – Soins de suite et de réadaptation

Il est essentiel pour nous de connaître vos suggestions, vos besoins et vos critiques pour améliorer dans l'avenir la qualité de votre prise en charge, nos prestations. Les informations recueillies ainsi que leur analyse sont anonymes. Merci de prendre quelques instants pour répondre au questionnaire et de le remettre à un membre de l'équipe du service.

Le questionnaire a été rempli par : vous-même un parent / proche un membre de l'équipe
OU Incapacité Refus

I- IDENTITE DU PATIENT :

Hospitalisation : du20.... **Etage :** 1^{er} **Chambre :** Simple
 au20.... 2^{ème} Double
Sexe : Homme Femme **Age :**ans

II- SATISFACTION GLOBALE :

- 1- Recommanderiez-vous cet établissement à un proche ?**
 Oui Non
- 2- Si vous aviez le choix en cas de réhospitalisation, reviendriez-vous dans cet établissement ?**
 Oui Non

Commentaires :

.....

III- COMPORTEMENT DU PERSONNEL :

- 3- Quelle est votre appréciation sur l'attitude du personnel ?**
- | | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Insatisfaisant | Non concerné |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Au bureau des entrées, à l'accueil de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dans le service de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

.....

IV- CONDITIONS DE SEJOUR :

✓ Livret d'accueil :

- 4- Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?**
 Oui Non
- 5- Les informations contenues dans ce livret vous paraissent-elles ?**
- | | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Insatisfaisant | Non concerné |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 6- Si vous ne l'avez pas lu, pourquoi (impossibilité de lire, non intéressé etc.) ?**

✓ La Commission des usagers :

- 7- Connaissez-vous la Commission des usagers ?**
 Oui Non
- 8- Si oui, connaissez-vous ses missions ?**
 Oui Non En partie

✓ **Chambre : 9- Comme jugez-vous :**

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
- Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Equipement matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insonorisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

✓ **Restauration : 10- Comment jugez-vous les repas qui vous ont été servis :**

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
- Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

V- SOINS :

11- Comment jugez-vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	Non concerné
- Soins médicaux et infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Disponibilité de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Prise en compte douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Temps d'attente appel malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

VI- INFORMATION MEDICALE :

12- Comment jugez-vous l'information donnée par votre médecin sur votre état de santé ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	Non donnée
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

VII- INTIMITE / DIGNITE :

13- Votre intimité et votre dignité ont-elles été respectées ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

VIII- SORTIE :

14- Comment jugez-vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
- Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Merci pour votre participation