

Questionnaire de sortie

Hospitalisation complète

Afin d'améliorer la qualité de nos services, votre avis nous intéresse !
Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Votre accueil

| | Excellent | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Facilité d'accès sur le site | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signalétique dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accueil en consultations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accueil à l'admission | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amabilité du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Communication

| | Excellent | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Contenu du Livret d'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informations disponibles au sein de l'établissement (affiche, tract, site internet, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'équipe médicale (médecins)

| | Excellent | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Qualité du suivi médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information : | | | | |
| Par le médecin anesthésiste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Par le chirurgien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été impliqué dans les décisions liées aux soins ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |

Le bloc opératoire

| | Excellent | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le brancardage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'équipe soignante (infirmières, aides-soignantes)

| | Excellent | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De jour | | | | |
| Disponibilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en compte de vos besoins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De nuit

| | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Disponibilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en compte de vos besoins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Prise en charge de la Douleur

| | Excellent | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|--|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Avez-vous eu des douleurs ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |
| Bloc opératoire | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |
| Service de soins | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |
| Votre douleur a été prise de charge de manière : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu des informations sur la douleur ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |

L'équipe hôtelière (ménage, repas)

| | Excellent | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Disponibilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Locaux et environnement

Excellent Bon Mauvais Très mauvais

La chambre :

| | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Équipements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les lieux communs :

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Équipements (salle de pause, distributeurs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Repas :

| | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Qualité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quantité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diversité / Variété | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chaleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Présentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous un régime particulier ? si oui lequel :

Votre sortie

Excellent Bon Mauvais Très mauvais

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Délai d'attente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Organisation (date de sortie, destination,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information médicale relative à votre sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information administrative relative à votre sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date de votre séjour :

Votre nom (facultatif) :

Numéro de chambre : Spécialité chirurgicale :

Divers :

Excellent Bon Mauvais Très mauvais

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le respect de votre vie privée/Intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de vos croyances | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accueil et accompagnement de l'entourage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous deviez subir une nouvelle hospitalisation,

Choisiriez-vous notre établissement ? Oui Non

Seriez-vous prêt à conseiller notre établissement à un proche ? Oui Non

Votre satisfaction globale

Excellent Bon Mauvais Très mauvais

Commentaires généraux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.
Merci de le déposer dans l'urne située au niveau des admissions/sorties située dans le hall d'accueil.