



L'hôpital proche de  
**VOUS**

## QUESTIONNAIRE DE SORTIE



Madame, Monsieur,

Pour mieux répondre à vos besoins, la Direction et les équipes de l'hôpital vous seraient reconnaissantes de prendre quelques minutes pour commenter votre séjour, en remplissant ce questionnaire de satisfaction.

Votre opinion nous est précieuse  
et nous aide à améliorer la qualité de nos prestations.

*Votre avis nous intéresse !*



*L'amélioration de la qualité des soins et des services constitue un objectif permanent d'AUBAN-MOËT.*

## LES URGENCES

Etes-vous arrivé(e) par les Urgences ?

Si oui, vous diriez que :

- Votre temps d'attente a été
- Le respect de votre intimité a été
- La prise en compte de votre douleur a été

oui  non

## L'ACCUEIL

Etes-vous satisfait(e) de l'accueil qui vous a été réservé ?

- Amabilité
- Informations
- Délai d'attente

## LES SOINS

Etes-vous satisfait(e) de la qualité des soins dispensés ?

- Soins médicaux
- Soins infirmiers

Avez-vous été associé(e) aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?

A-t-on recueilli votre consentement pour les actes médicaux ?

oui  non

oui  non

## LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge de votre douleur ?

## LE PERSONNEL

Etes-vous satisfait(e) de l'attitude du personnel à votre égard ?

- Au cours du séjour
- Aux Urgences
- Au bureau des admissions
- Au standard téléphonique

## LE RESPECT DE VOS DROITS

Etes-vous satisfait(e) ?

- Du respect de votre dignité
- Du respect de votre intimité
- De l'information sur votre état de santé
- De l'information sur les soins proposés

Avez-vous reçu ?

- Le livret d'accueil de l'hôpital
- La plaquette du service
- L'information relative à la possibilité de désigner une personne de confiance

## LES CONDITIONS HOTELIERES

Que pensez-vous de la qualité des prestations ?

- Chambre
- Confort
- Propreté
- Niveau sonore
- Télévision
- Téléphone

Que pensez-vous des repas ?

- Qualité
- Quantité
- Variété
- Température

Etes-vous satisfait(e) ?

- De la signalisation au sein de l'hôpital
- Des possibilités de stationnement

oui  non

oui  non

## VOTRE SORTIE

Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de votre sortie ?

- Information sur la reprise des activités
- Organisation (retour à domicile,...)
- Indication du suivi médical et poursuite des soins

## APPRECIATION GENERALE

Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) ?

Conseilleriez-vous à vos proches une prise en charge dans cet établissement ?

oui  non

Vos suggestions et/ou commentaires :

.....

.....

.....

## MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

(Facultatif) Nom—Prénom : .....

Service : .....

Date du séjour : ..... / ..... / 20 .....

Légende : = très satisfait(e) = satisfait(e) = moyennement satisfait(e) = insatisfait(e)