

QUESTIONNAIRE DE SORTIE



Madame,

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.

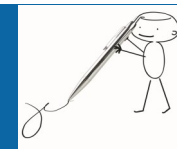
137 rue de l'Hôpital Auban-Moët — 51200 Epernay

Site internet : www.ch-epernay.fr



L'hôpital proche de
VOUS

Votre avis nous intéresse !



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

VOTRE ARRIVEE

- En ville la signalisation de la maternité
- Dans l'hôpital, la signalisation de la maternité
- Si vous êtes handicapée, l'aménagement de la maternité



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VOTRE ACCUEIL

Êtes-vous arrivée en urgence ?

- L'accueil du personnel administratif
- L'accueil du personnel soignant
- L'accueil réservé à vos proches
- L'identification des personnes travaillant dans la maternité



oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LES SOINS

Êtes-vous satisfaite de la qualité des soins dispensés ?

- Par les gynécologues obstétriciens
- Par les pédiatres
- Par les sages-femmes
- Par les auxiliaires de puériculture



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Êtes-vous satisfaite de l'accompagnement par les professionnels ?

- Avez-vous reçu la visite de votre médecin ?
- Avez-vous été associée aux décisions concernant vos soins ou votre traitement pour vous et votre enfant ?
- A-t-on recueilli votre consentement pour les actes médicaux ?

oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Êtes-vous satisfaite de la prise en charge de votre douleur ?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

LE PERSONNEL

Êtes-vous satisfaite de l'attitude du personnel à votre égard ?

- En salle de naissance
- Au cours du séjour
- Au bloc opératoire (en cas de césarienne)



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LE RESPECT DE VOS DROITS

Êtes-vous satisfaite ?

- 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



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous reçu ?

- Le livret de la maternité
- L'information relative à la possibilité de désigner une personne de confiance

oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

LES CONDITIONS HOTELIERES

Que pensez-vous de la qualité des prestations ?

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



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que pensez-vous des repas ?

- Horaire
- Qualité
- Quantité
- Variété
- Température

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VOTRE SORTIE

Êtes-vous satisfaite de l'organisation de votre sortie ?

- Information sur le suivi à domicile (PRADO, PMI)
- Organisation (retour à domicile,...)
- Indication du suivi médical et poursuite des soins



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APPRECIATION GENERALE

Dans l'ensemble, êtes-vous satisfaite ?

Conseilleriez-vous à vos proches une prise en charge dans cette maternité ?

Avez-vous obtenu une réponse aux questions que vous vous posiez ?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Vos suggestions et/ou commentaires :

.....

.....

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

(Facultatif) Nom—Prénom :

Date du séjour : / / 20

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