



L'hôpital proche de
VOUS



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

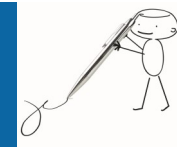


Madame, Monsieur,

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

L'ACCUEIL

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

- Amabilité
- Informations
- Délai d'attente

	<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"/>

LES SOINS

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

- Soins médicaux
- Soins infirmiers

	<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 été associé(e) aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?

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"/>

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

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

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

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

<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"/>

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

<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"/>

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 ?

- 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"/>

Etes-vous satisfait(e) ?

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

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

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

<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 satisfait(e) ?

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

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

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

Vos suggestions et/ou commentaires :

.....

.....

.....

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

(Facultatif) Nom—Prénom :

Service :

Date du séjour : / / 20