

Questionnaire de sortie



Afin nous aider à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, nous vous invitons à consacrer quelques minutes au remplissage de ce questionnaire. Il devra ensuite être remis au cadre du service ou adressé au service Usagers du Centre Hospitalier.

ACCES ET ACCUEIL

Concernant l'accès à l'hôpital, quel est votre niveau de satisfaction à propos de :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La signalisation extérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les places de parking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les services de transport en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalisation à l'intérieur de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous êtes arrivé par le service des urgences, quel est votre niveau de satisfaction concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
L'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des premiers soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps d'attente avant d'être pris en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Oui Non
Si vous avez attendu, avez-vous été informé des raisons de cette attente ?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si vous n'êtes pas arrivé par le service des urgences, quel est votre niveau de satisfaction concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
L'amabilité du personnel à l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité du personnel pour vous renseigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS REÇUS ET LE SEJOUR

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
L'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité en cas de besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quel est votre niveau de satisfaction concernant les soins reçus :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le souci apporté par le médecin pour apaiser votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La régularité des visites du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les explications fournies par le médecin sur le traitement, l'intervention, ou les examens prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quel est votre niveau de satisfaction concernant votre séjour :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Le confort des équipements de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité des repas servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les services annexes (TV, téléphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'isolation contre le bruit et la chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité du linge mis à votre disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVIS GENERAL

	Oui	Non
Reviendriez-vous dans cet hôpital en cas de nécessité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous cet hôpital à votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Globalement, vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

SERVICE dans lequel vous avez été pris en charge :

Date :

Nous vous remercions pour votre collaboration.

