



QUESTIONNAIRE DE SORTIE DES PATIENTS HOSPITALISES

Vous avez la parole...

Merci de cocher la case correspondant à votre niveau de satisfaction.

				Non Concerné
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait	

VOUS CONNAÎTRE

Date de remplissage du questionnaire : |__|__|20__|

Votre hospitalisation était : ☐ un accouchement ☐ en urgence ☐ programmée

Votre service d'hospitalisation :

Vous êtes : ☐ un patient ☐ un accompagnant

ACCUEIL

L'accueil reçu :					
- aux urgences					
- au bureau des entrées					
- dans le service de soins					
- au plateau médicoteknique : bloc opératoire, radiologie...					
Les conditions d'accès et la signalétique					
Si vous êtes porteur d'un handicap, estimez-vous que l'accès aux différentes structures et au parking de l'hôpital soit adapté ?					

QUALITÉ DES SOINS

La prise en charge par les médecins					
La prise en charge par les infirmières et aides-soignantes :					
- en journée					
- la nuit					
La prise en charge de vos problèmes physiques					
La prise en charge des soins d'hygiène et de confort					
Le respect de votre intimité					
La prise en charge sociale					

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La prise en charge de la douleur					
Le soulagement de votre douleur					

RELATIONS

Relations avec les médecins					
Relations avec l'équipe soignante					

INFORMATIONS

Les informations reçues sur :					
- le mode d'hospitalisation					
- vos droits et vos devoirs					
- la possibilité de désigner une personne de confiance					
Les informations communiquées par les médecins					
Les informations données par l'équipe soignante					
Les informations concernant votre sortie					



				Non Concerné
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait	

PRESTATION HÔTELIÈRE

Le confort de la chambre					
La propreté de la chambre					
La prestation TV/téléphone/internet					
La prise en compte de vos besoins alimentaires (goûts, régimes...)					
La quantité des repas servis					
La qualité des repas servis					
Le bruit					

APPRÉCIATION GLOBALE DU SÉJOUR

Êtes-vous satisfait(e) de votre séjour ?					
--	--	--	--	--	--

REMARQUES / SUGGESTIONS

Avez-vous des remarques ou suggestions à faire afin d'améliorer la qualité de notre prise en charge ?

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir contribué par vos réponses à notre volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers.

La qualité est l'affaire de tous...

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à compléter ce questionnaire.
Vos besoins et vos attentes nous permettent de vous fournir les meilleurs soins et le meilleur service possible.



Ce questionnaire est à remettre au personnel du service, dans la boîte aux lettres bleue prévue à cet effet ou au secrétariat.

Vous pouvez également l'adresser au :

Centre Hospitalier Lucien Hussel, Direction Qualité, Montée du Dr Chapuis 38200 Vienne

Vous avez aussi la possibilité de compléter le questionnaire en **scannant le QR Code** situé au début du questionnaire ou en le complétant directement en ligne <https://forms.office.com/e/fxAaCSaSjp>.

La Directrice,