

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

En répondant à ce questionnaire vous nous aider à améliorer nos prestations ainsi que la qualité de l'accueil et des soins des futurs patients. Il sera exploité par la Direction et les différents services. A votre sortie, vous pouvez le laisser dans le service, à l'accueil de l'établissement, ou au cadre de santé du service.

Nom Prénom : _____ Chambre n° : _____

Votre SERVICE de soins

- ☐ Médecine
☐ Soins de Suite et de Réadaptation
☐ Consultations Non Programmées

Votre ACCUEIL

- Que diriez-vous de l'accueil que vous avez reçu **au Bureau des Entrées** ?

- ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant

- Que diriez-vous de l'accueil que vous avez reçu à votre arrivée **dans le service de soins** ?

- ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant

Votre passage par le service des CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES

☐ **Je ne suis pas passé(e) par les Consultations Non Programmées**

Que diriez-vous de l'accueil que vous avez reçu à votre arrivée **aux Consultations Non Programmées**

- ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant

Quel a été votre **délai d'attente** au service des **Urgences** ?

- ☐ Moins d'1 heure ☐ entre 1h et 2h ☐ + de 2 heures ☐ Je ne sais pas

Votre INFORMATION

Avez-vous reçu des **explications** à propos de votre état de santé et de votre prise en charge (**médicaments, soins, ...**) ?

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Avez-vous été obligé(e) de **les demander** ?

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

La DISPONIBILITE du personnel

Si vous aviez eu besoin d'aide pour les activités courantes (**vous laver, aller aux toilettes, manger...**) :

☐ **Je n'ai pas eu besoin d'aide**

- **l'avez-vous obtenue ?**

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

- **sous quel délai ?**

- ☐ Sans attendre ☐ En attendant peu ☐ En attendant longtemps

Votre DOULEUR

Vous a-t-on demandé pendant votre séjour si vous aviez des **douleurs** ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le traitement mis en place vous-a-t-il **soulagé(e)** ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas de douleur(s)

Vos CONDITIONS de SEJOUR

Que pensez-vous du **CONFORT** de votre chambre ?

- ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant

Que pensez-vous de la **PROPRETE** de votre chambre ?

- ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant

Avez-vous été gêné(e) par du **BRUIT** (couloirs, extérieurs...) ?

- ☐
- Jamais
- ☐
- Parfois
- ☐
- Assez souvent
- ☐
- Très souvent

Que pensez-vous des **REPAS** servis ? ☐ Je n'ai pas pris de repas

- ☐ Très bons ☐ Bons ☐ Passables ☐ Mauvais

Votre SORTIE

Que pensez-vous de l'organisation de votre sortie (annonce de la date, modalités de transport...) ?

- ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante ☐ Pas du tout satisfaisante

Que pensez-vous de l'information donnée sur votre traitement après votre sortie (médicaments, soins à domicile, kinésithérapie...) ?

- ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante ☐ Pas du tout satisfaisante

- ☐
- Je ne suis pas concerné(e)

Votre OPINION GENERALE

Quelle est votre **opinion générale** sur votre séjour ? (0 = pas du tout satisfait(e) - 10 = très satisfait(e))

- ☐ 0
 ☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5
 ☐ 6
 ☐ 7
 ☐ 8
 ☐ 9
 ☐ 10

Recommanderiez-vous notre établissement à un proche devant être hospitalisé pour le même motif ?

- ☐ Certainement ☐ Probablement ☐ Peut-être ☐ Certainement pas

OBSERVATIONS / PROPOSITIONS :