

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Soucieux de l'amélioration continue de la qualité de nos prestations, vos remarques et suggestions nous sont indispensables. Nous vous remercions de consacrer quelques instants pour remplir ce questionnaire. Vous pouvez le remettre au personnel du service, le déposer dans la boîte à lettres située au rez-de-chaussée du bâtiment, au bureau des entrées ou nous le faire parvenir par courrier.

SITE : **LONS-LE-SAUNIER**

CHAMPAGNOLE

ORGELET

Service : _____

N° de votre chambre : _____

Dates du séjour : du _____ au _____

Nom et prénom (facultatif) : _____

Mail (facultatif) : _____

Adresse (facultatif) : _____

Modalités de réponse :



Très satisfaisant



Satisfaisant



Peu satisfaisant



Pas du tout satisfaisant



NC Non concerné(e)

VOTRE ACCUEIL

Que pensez-vous :

- De la **SIGNALISATION** pour arriver et vous déplacer dans l'établissement ?
- De l'**ACCUEIL** reçu :
 - Au service des **ADMISSIONS** ?
 - Aux **URGENCES**, si vous y êtes passé(e) ?
 - Dans le **SERVICE D'HOSPITALISATION** ?
- De manière générale, comment estimez-vous la **DUREE D'ATTENTE** ?
- Le **LIVRET D'ACCUEIL** vous a-t-il été remis ?
- Que pensez-vous de ce livret d'accueil ?

				NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SÉJOUR

Vos SOINS

Que pensez-vous :

- Des **SOINS** reçus ?
- Du respect de votre **CONSENTEMENT** ?
- De la prise en charge de votre **DOULEUR** ?
- Du respect de votre **INTIMITÉ** ?
- Du respect de votre **VIE PRIVÉE** ?

				NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les MEDECINS du service

Que pensez-vous :

- De l'**IDENTIFICATION** et la **PRÉSENTATION** des médecins ?
- De leur **ÉCOUTE** et leur **DISPONIBILITÉ** ?
- De la **CLARTÉ DES INFORMATIONS** et **EXPLICATIONS** médicales fournies ?

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

Les PROFESSIONNELS

Que pensez-vous :






- De l'**IDENTIFICATION** et la **PRÉSENTATION** du personnel ?
- De l'**AMABILITÉ** du personnel ?
- De l'**ÉCOUTE** et la **DISPONIBILITÉ** du personnel ?
- De l'**AIDE** obtenue ?

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

Votre INFORMATION

Que pensez-vous :

- De la clarté des **INFORMATIONS** et explications fournies ?
- De la facilité pour les obtenir ?
- De la possibilité d'exprimer vos inquiétudes et vos souhaits ?
- Du respect de la confidentialité des informations vous concernant ?

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

Avez-vous été informé(e) et sensibilisé(e) sur vos **DIRECTIVES ANTICIPÉES** ?

Oui **Non**

Avez-vous été informé(e) et sensibilisé(e) sur votre **PERSONNE DE CONFIANCE** ?

Oui **Non**

Les PRESTATIONS HOTELIERES

Que pensez-vous :

- Du **CONFORT** de votre chambre ?
- De la **PROPRETÉ** de votre chambre ?
- Des **REPAS** servis (quantité, qualité ...) ?
- De la **TRANQUILITÉ** dans le service ?
- Des **HORAIRES** de fonctionnement (réveil, repas, ménage...)?
- Des **SERVICES ANNEXES** (TV, téléphone, presse, ...)

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

Vos VETEMENTS et EFFETS PERSONNELS

Que pensez-vous

- De l'information donnée sur les risques de conserver vos effets personnels ?

| | | |





Un inventaire de vos effets personnels a-t-il été réalisé à l'entrée ?

Oui **Non**

VOTRE SORTIE

Que pensez-vous :

- De l'**ORGANISATION** de votre sortie (Annonce de la date, modalités de transport...)?
- De l'**INFORMATION** sur la poursuite des **SOINS**, des traitements après votre sortie (Médicaments soins à domicile, kinésithérapie...)?

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

La **LETTRE DE SORTIE** vous a-t-elle été remise ?

Oui **Non**

APPRÉCIATION GLOBALE DU SÉJOUR

Votre opinion générale sur votre séjour est :

Excellente Bonne Moyenne Mauvaise

CONSEILLERIEZ VOUS NOTRE ÉTABLISSEMENT à un proche devant être hospitalisé pour le même motif ?

Certainement Probablement Peut-être Certainement pas

OBSERVATIONS / PROPOSITIONS

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Vos observations nous permettront de progresser.