



Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante :



Correct



Incorrect

1. Date de sortie :

2. Service d'hospitalisation :

3. Vous êtes : Un enfant

Une femme

Un homme

4-5. Que diriez-vous de l'ACCUEIL qui vous a été réservé à vous et à vos proches...

	Mauvais	Passable	Bon	Excellent
4. par le SERVICE ADMINISTRATIF lors de votre arrivée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. par le(s) SERVICE(S) de SOINS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Avez-vous pu désigner une personne de confiance ? Oui

Non

7. Vous a-t-on expliqué la différence entre personne de confiance et personne à prévenir ?

Oui

Non

8-9. Vous a-t-on informé de l'existence...

	Oui	Non
8. de la Commission des usagers (CDU) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. de la Maison des usagers (MDU) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre INTIMITE étaient...

Mauvaises

Passables

Bonnes

Excellentes

11. Avez-vous reçu spontanément des EXPLICATIONS, sur votre état de santé/traitement/soins..(ou ceux de votre enfant)

Jamais

De temps en temps

Toujours

12-14. Quand les MEDECINS/INFIRMIER.E.S/ SAGES-FEMMES parlaient devant vous, les réponses des MEDECINS/INFIRMIER.E.S/SAGES-FEMMES vous ont-elles parues COMPREHENSIBLES ?

	Jamais	De temps en temps	Toujours
12. Médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Infirmier.e.s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sages-Femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Pendant cette hospitalisation, avez-vous (ou votre enfant) eu des DOULEURS ?

Oui

Non

16. Diriez-vous que VOTRE DOULEUR a été prise en charge de manière...?

Mauvaise

Passable

Bonne

Excellente



17. Que pensez-vous de l'information reçue sur les EFFETS INDESIRABLES possibles des MEDICAMENTS prescrits à l'hôpital ?

Mauvaise

Passable

Bonne

Excellente

Aucune information reçue

Je n'ai pas eu à prendre de médicaments

Je connaissais déjà leurs effets secondaires

18-21. Concernant votre CHAMBRE, que pensez-vous...?

Pas du tout satisfait

Peu satisfait

Satisfait

Très satisfait

18. Du CONFORT

19. De la PROPRETE

20. De la TEMPERATURE

21. Du CALME

22. D'où provenaient les BRUITS ?

D'autres patients

Des visiteurs

De l'intérieur

Du personnel

De l'extérieur du bâtiment

Si la réponse à la question CALME est "pas du tout satisfait" ou "peu satisfait", répondez à cette question. Plusieurs réponses possibles.

23-25. Concernant les REPAS, que pensez-vous...?

Pas du tout satisfait

Peu satisfait

Satisfait

Très satisfait

23. de la QUALITE

24. de la VARIETE des plats

25. des HORAIRES

26-28. Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée au moment de la SORTIE relative...

Mauvaise

Passable

Bonne

Excellente

26. Aux MEDICAMENTS à prendre (dosage, horaires, effets indésirables, etc)

27. A la reprise de vos ACTIVITES (travail, sport, etc)

28. Aux SIGNES/COMPLICATIONS devant vous amener à RE-CONTACTER L'HOPITAL/VOTRE MEDECIN

29. Que pensez-vous de la façon dont votre SORTIE a été ORGANISEE (l'annonce de votre date de sortie, votre destination, etc.)

Mauvaise

Passable

Bonne

Excellente

30. Que diriez-vous de la SATISFACTION GLOBALE de votre séjour ?

Pas du tout satisfait

Peu satisfait

Satisfait

Très satisfait

31. Avez-vous des COMMENTAIRES ou SUGGESTIONS pour améliorer la prise en charge dans l'établissement ?

