

Vous avez été hospitalisé(e) à l'Hôpital d'YVETOT et vous allez bientôt sortir. Le questionnaire que nous vous demandons de remplir est destiné à recueillir vos suggestions, vos observations afin de nous permettre d'améliorer la prise en charge de nos patients. Nous vous remercions par avance de votre participation. Ce questionnaire est à remettre le jour de votre sortie dans la boîte aux lettres prévue à cet effet dans le service.

Service d'hospitalisation

- Médecine
 SSR

TRES SATISFAIT	SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS DU TOUT SATISFAIT
😊😊	😊	😐	😞

I. GENERALITES

1. Ce questionnaire est rempli par :

- Vous Votre entourage Vous et votre entourage Vous et un soignant

2. Avez-vous déjà été hospitalisé dans cet établissement ? **Oui** **Non**

3. Si oui, dans l'ensemble la qualité de la prise en charge a-t-elle été :

- Moins bonne Identique Mieux adaptée

II. L'ACCUEIL

1. Que pensez-vous de l'accueil au bureau des admissions ?

- 😊😊 😊 😐 😞

2. Que pensez-vous de l'accueil dans le service de soins ?

- 😊😊 😊 😐 😞

3. Avez-vous reçu un livret d'accueil ? **Oui** **Non**

4. Que pensez-vous de la clarté du livret d'accueil ?

- 😊😊 😊 😐 😞

III. LES DROITS DU PATIENT

1. Avez-vous reçu l'information sur la personne de confiance ? **Oui** **Non**

2. Avez-vous reçu l'information sur les directives anticipées ? **Oui** **Non**

3. Avez-vous reçu spontanément des explications sur votre état de santé, votre traitement, vos soins ?

- Oui** **Non**

4. Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre prise en charge ?

- 😊😊 😊 😐 😞

5. Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre prise en charge ?

- 😊😊 😊 😐 😞

IV. LA QUALITE DE VOTRE PRISE EN CHARGE

A. LES SOINS

1. Êtes-vous satisfait de l'écoute du personnel soignant de jour ?

- 😊😊 😊 😐 😞

2. Êtes-vous satisfait de l'écoute du personnel soignant de nuit ?

- 😊😊 😊 😐 😞

3. Êtes-vous satisfait de l'écoute du médecin ?

- 😊😊 😊 😐 😞

4. Que pensez-vous de la qualité des soins dispensés (aide à la toilette, pansements...)?

- ⇒Le jour 😊😊 😊 😐 😞
- ⇒La nuit 😊😊 😊 😐 😞

B. LES SOINS SPECIFIQUES

Si vous avez eu besoin, êtes-vous satisfait de la prise en charge (NC = Non Concerné) :

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--|--|--|--|
| 1. Du kinésithérapeute | NC <input type="checkbox"/> |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| 2. De l'assistant social | NC <input type="checkbox"/> |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| 3. De l'ergothérapeute | NC <input type="checkbox"/> |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| 4. De la psychologue | NC <input type="checkbox"/> |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |

C. LA DOULEUR

1. Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ?

Souvent Parfois Jamais

2. A-t-on réussi à soulager votre douleur ? **Oui** **Non** Non douloureux

V. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

A. LA CHAMBRE

Que pensez-vous ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| 1. De la literie |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| 2. Du mobilier et des équipements |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| 3. De la propreté |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| 4. De la température |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |

B. LES REPAS

Que pensez-vous ?

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|
| 1. Du goût |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| 2. De la température |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| 3. De la quantité |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| 4. Du respect de votre régime |   <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |

C. L'ENVIRONNEMENT

1. Avez-vous été incommodé par le bruit ?

⇒Le jour **Oui** **Non**

⇒La nuit **Oui** **Non**

2. Que pensez-vous des horaires de visite ?

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

D. LA SORTIE

1. Que pensez-vous de l'organisation de votre sortie ?

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

VI. FINALEMENT

Quels sont selon vous les deux principaux points qui devraient faire l'objet d'une amélioration ?

.....
.....
.....

Dans l'ensemble, que pensez-vous de votre séjour : note de 1 à 10 (entourer la réponse) :

Insatisfait		Peu satisfait		Satisfait		Très satisfait			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Conseilleriez-vous notre établissement à vos proches ? **Oui** **Non**

Nom & Prénom (facultatif) : **Date :**