



# QUESTIONNAIRE DE SORTIE DU PATIENT HOSPITALISE

« AMELIORONS ENSEMBLE LA QUALITE DE NOTRE HOPITAL »

QUA/SMQ/FOR001/G – V11 - p1/2 – Centre Hospitalier de La Ciotat – Dernière réactualisation : Juin 2015

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Que vous soyez satisfait ou non de votre séjour,  
votre opinion nous aidera grandement à améliorer nos services et nos soins.

Nous vous remercions de consacrer quelques minutes pour répondre à ce questionnaire anonyme en cochant,  
pour chaque question, la case de votre choix.

Soyez spontané(e), la première impression est toujours la bonne



Satisfaisant



Acceptable



Moyen



Insatisfaisant

NC : Non Concerné

## LA QUALITE DE L'ACCUEIL ET DES RELATIONS

Lors de votre arrivée à l'hôpital, comment avez-vous jugé :

					NC
L'accès à l'hôpital, ainsi que la signalétique interne à notre établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil qui vous a été réservé dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec le corps médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec le corps soignants (infirmier(e)s, aides-soignantes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité des équipes soignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçus le livret d'accueil ?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

Avez-vous des remarques ou suggestions à nous apporter :

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

## RESPECT DES DROITS DES PATIENTS & VIE A L'HOPITAL

D'une manière générale, que pensez-vous :

					NC
Du respect concernant votre intimité, dignité, confidentialité et du respect de vos croyances et de votre religion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des prestations proposées par l'établissement (téléphone, télévision, équipement des chambres ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté / hygiène de votre chambre, du service et de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques ou suggestions à nous apporter :

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

## LA QUALITE DES INFORMATIONS RECUES

Avez-vous reçu les informations nécessaires concernant :

					NC
Vos démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur la possibilité de désigner une personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur le déroulement de votre hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations médicales : votre état de santé, les examens et les traitements prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur les actes dispensés par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques ou suggestions à nous apporter :

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

**VEUILLEZ TOURNER LA PAGE SVP →**



## QUESTIONNAIRE DE SORTIE DU PATIENT HOSPITALISE

« AMELIORONS ENSEMBLE LA QUALITE DE NOTRE HOPITAL »

QUA/SMQ/FOR001/G – V11 - p2/2 – Centre Hospitalier de La Ciotat – Dernière réactualisation : Juin 2015

### LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

Etes-vous satisfait(e)s :

					NC
De la prise en charge de votre douleur tout au long de votre hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la rapidité de prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques ou suggestions à nous apporter :  
.....  
.....  
.....

### LA QUALITE DES SOINS PRODIGUES

Etes-vous satisfait(e)s :

					NC
Des actes prodigués par le personnel et de l'attention portée à votre égard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la continuité et de la coordination de votre prise en charge par l'ensemble des intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques ou suggestions à nous apporter :  
.....  
.....  
.....

### LA QUALITE DE L'ORGANISATION DE LA SORTIE

Etes-vous satisfait(e)s :

					NC
Sur le plan médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur le plan administratif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation de votre sortie en cas de transfert vers un autre établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les conseils reçus pour votre retour à domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques ou suggestions à nous apporter :  
.....  
.....  
.....

### VOTRE APPRECIATION GENERALE

					NC
Etes-vous globalement satisfaits de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseilleriez-vous le centre hospitalier de La Ciotat à vos proches ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		

**Vous pouvez préciser ici vos satisfactions, insatisfactions et suggestions afin que nous puissions améliorer la qualité de notre hôpital :**

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

### POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Vous êtes :  Une femme       Un homme      Date d'entrée : .....

Quel est votre tranche d'âge ?      Service d'hospitalisation :

<input type="checkbox"/> - de 20 ans	<input type="checkbox"/> 21-30 ans	<input type="checkbox"/> 31-40 ans	<input type="checkbox"/> Médecine A	<input type="checkbox"/> Médecine B
<input type="checkbox"/> 41-50 ans	<input type="checkbox"/> 51-70 ans	<input type="checkbox"/> + de 71 ans	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Maternité
			<input type="checkbox"/> Urgences (UHCD)	

*Nous vous remercions du temps que vous avez accordé à notre questionnaire !*