

N  D  
 C  C



# Questionnaire expérience patient

## Votre parcours médical.



**Notre engagement : Vous apportez des soins de qualité dans une prise en charge personnalisée et sécuritaire !**

En tant que patient, vous êtes le centre de nos préoccupations et votre expérience au sein de notre établissement attire toute notre attention.

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire, qui peut être anonyme, si vous le désirez. Vos réponses nous permettront de poursuivre notre démarche d'amélioration continue de la qualité.

Trimestre  1  2  3  4      Service  Médecine A  Médecine B

### Respect des préférences

**Avez-vous été impliqué dans les choix de votre prise en charge et de votre traitement ?**

	Oui, toujours	Oui, parfois	Non, jamais	Non concerné
Aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vous a-t-on traité avec respect et préservé votre intimité et votre dignité ?**

	Oui, toujours	Oui, Parfois	Non, jamais	Non concerné
Aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Soutien psychologique, empathie et respect

**Si votre état de santé vous a donné des inquiétudes, avez-vous pu en parler avec :**

	Oui, toujours	Oui, parfois	Non, jamais	Non concerné
Un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous reçu les informations nécessaires et compréhensibles concernant :**

	Oui, tout à fait	Oui, en partie	Non	Pas eu besoin
Le déroulement de votre hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats de vos examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les traitements médicamenteux prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Confort Physique

**Avez-vous obtenu de l'aide après avoir appuyé sur le bouton d'appel ?**

Toujours       Habituellement       Parfois       Jamais

**Que pensez vous du calme que vous avez ressenti dans votre chambre?**

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
En journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous eu mal pendant votre séjour ?**       Oui       Non

[Tournez la page, SVP.](#)

**Si oui pensez-vous que le personnel ait fait tout son possible pour calmer vos douleurs ?**

	Oui, toujours	Oui, parfois	Non, jamais
Aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Coordination et qualité des soins

Avez-vous eu le sentiment d'être pris en charge rapidement :

	Oui	Non	Non concerné
Lors de votre arrivée aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de votre arrivée dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous a-t-on interrogé pour vérifier votre identité, votre date de naissance et votre bracelet d'identification à toutes les étapes de votre prise en charge ?

	Oui, systématiquement	Oui, selon les professionnels	Non, rarement	Non, jamais
Lors de votre admission administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de vos soins aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de vos soins en hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de vos transports internes/brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Inclusion de la famille et des proches

Est-ce que les médecins ont donné à votre famille ou à vos proches les informations suffisantes concernant votre prise en charge ?  Oui  Non

## Continuité et transition des soins

Lors de l'organisation de votre sortie, avez vous :

	Oui	Non	Non concerné
Echangé avec le médecin, le cadre et l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficié d'aides disponibles (soins domicile, portage repas ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reçu les informations relatives aux effets indésirables liés aux traitements prescrits et aux signes cliniques d'alerte à surveiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Prestations et hôtellerie

Estimez-vous que les locaux de l'hôpital sont propres et régulièrement entretenus ?

	Oui	Non
Aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estimez-vous que les équipements de votre chambre sont adaptés et en bon état ?

Oui  Non

Etes-vous satisfait de la qualité / quantité des repas ?

Oui, tout à fait  Oui, en grande partie  Non, pas du tout

## Evaluation globale de votre séjour

Etes-vous globalement satisfait de votre séjour dans notre établissement ?

Très satisfait  Assez satisfait  Peu satisfait  Pas du tout satisfait

Recommanderiez vous l'établissement ?

Oui  Non

Notez votre niveau de satisfaction de 1 à 10 (1 : médiocre-10 : excellent)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Prompt rétablissement !

