

**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. Vos réponses nous permettront de poursuivre notre démarche d'amélioration continue de la qualité.

### Votre arrivée

#### Avez-vous eu le sentiment d'avoir :

	Oui	Non	Non concerné
Etre prise en charge rapidement aux Urgences?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reçu toutes les informations sur la suite de votre hospitalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etre mis en chambre "UHCD" rapidement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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 - UHCD	<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 - UHCD	<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
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

#### 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

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

Oui  Non

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

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais



## Coordination et qualité des soins

Un bracelet d'identification vous a été apposé ?  Oui  Non

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 - UHCD	<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"/>
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 - UHCD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'établissement	<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

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Recommanderiez vous l'établissement ?**

Oui  Non

Prompt rétablissement !

Auriez vous des commentaires / suggestions à nous formuler?

