

QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION SUR VOTRE SEJOUR

Vous avez été hospitalisé(e) à l'Hôpital d'YVETOT et vous allez bientôt sortir.

Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour le plus agréable possible.

Le questionnaire que nous vous demandons de remplir ci-après, est destiné à recueillir vos suggestions, vos observations ainsi que vos critiques positives ou négatives. Les informations que vous voudrez bien nous donner, nous permettrons d'améliorer encore le service rendu. Nous vous remercions par avance de l'attention que vous lui témoignerez.

Ce questionnaire est à glisser dans l'enveloppe jointe et à déposer le jour de votre sortie au guichet ou dans l'urne prévue à cet effet devant le bureau d'accueil.

VOTRE NOM (éventuellement) :

AGE :

Cochez la case correspondant à votre réponse

SERVICE D'HOSPITALISATION :

MEDECINE

SOINS DE SUITE ET READAPTATION

L'ACCUEIL :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
-Qualité de l'accueil à votre entrée :				
au bureau administratif.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dans le service de soins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Précision et utilité des informations fournies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si peu ou non satisfait, pourquoi ? :

-Les démarches administratives ont-elles été..... Faciles Compliquées Non concerné

Si non concerné ou compliquées, expliquer pourquoi :

LA CHAMBRE :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
-Le confort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-La propreté (l'entretien de votre chambre).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Le bruit :				
Le jour.....	<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"/>

Si peu ou non satisfait, pourquoi ? :

Tout fonctionnait-il dans votre chambre ?..... OUI NON

Si non, dites nous ce qui ne fonctionnait pas :

Télévision Eclairage Sanitaires Téléphone Chauffage

Autres.....

LES REPAS :

-Trouvez-vous qu'ils sont servis : Trop tôt A une heure correcte Trop tard

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
- Présentation des plats.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Température des plats servis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Quantité servie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques (rassasié, trop copieux, pas assez).....

- Variété des menus proposés.....

- Qualité des plats.....

- Goût agréable OUI NON

- Texture agréable OUI NON

- Mélange de saveurs agréable OUI NON

Recette originale, trop ou pas assez sucré, trop ou pas assez salé, trop ou pas assez poivré.... :

Si peu ou non satisfait, pourquoi ? :

Tournez s'il vous plaît =>

LA DOULEUR :

Avez-vous eu des douleurs durant votre séjour ? OUI NON
Si oui, en avez-vous parlé au personnel soignant ? OUI NON
A-t-on réussi à soulager votre douleur ? OUI NON

LES SOINS :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Qualité des soins dispensés (aide à la toilette, pansements,...) :				
Le jour.....	<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"/>
Le week-end.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si peu ou non satisfait, pourquoi ? :

.....

LE PERSONNEL :

	OUI	NON
Le médecin ou les médecins qui se sont occupés de vous ont-ils été :		
à votre écoute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accueillants.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information donnée par les médecins au sujet de votre état de santé a-t-elle été suffisante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information donnée par les médecins concernant les soins a-t-elle été suffisante:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on informé des résultats d'examens (prise de sang, radio, consultation un spécialiste).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous compris pourquoi on fait les examens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel soignant du service (infirmières, aides-soignantes...) a-t-il été :		
à votre écoute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accueillant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous vos droits en tant que patient ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si NON, pourquoi ?

.....

.....

.....

Dans l'ensemble, êtes-vous :

Très satisfait	<input type="checkbox"/>	Peu satisfait	<input type="checkbox"/>
plutôt satisfait	<input type="checkbox"/>	Non satisfait	<input type="checkbox"/>

Si vous deviez attribuer une note sur l'ensemble de votre séjour (sachant que 10 est la note la plus satisfaisante et 1 insatisfaisante), quelle note mettriez-vous ? (Entourer votre réponse)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Compte tenu de tous ces éléments, reviendriez-vous dans le service ? OUI NON
et le conseilleriez-vous à vos proches ? OUI NON

Autres suggestions, observations ou propositions.....

.....

.....

.....

Yvetot, le

La direction vous remercie d'avoir bien voulu consacrer quelques minutes de votre temps à remplir ce questionnaire et vous souhaite un bon retour.