

Questionnaire de sortie

Hospitalisation complète en unité de soins pour adultes

Vous allez quitter notre établissement et nous vous remercions de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire.

Vos appréciations nous sont utiles pour améliorer la qualité de nos prestations. Les informations recueillies restent **anonymes et confidentielles**. Vous pouvez déposer ce questionnaire dans la **boîte aux lettres « Direction des Usagers »** de votre unité d'hospitalisation ou l'adresser par courrier à l'adresse suivante :



Centre Hospitalier
Service des relations avec les usagers
CS 15045
69450 SAINT CYR AU MONT D'OR

Les appréciations formulées dans ce questionnaire sont traitées par le service des relations avec les usagers. Les résultats sont analysés avec les représentants d'usagers siégeant à la Commission des Usagers (CDU).

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Votre âge 16-24 ans 25-39 ans 40-59 ans 60-75 ans + de 75 ans

Vous êtes une femme un homme

Est-ce votre première hospitalisation Oui Non

Vous êtes hospitalisé(e) en libre à la demande d'un tiers
 arrêté du Préfet

Durée de votre séjour moins de 10 jours 10-30 jours plus de 30 jours

Nom de l'unité d'hospitalisation : _____

ETES-VOUS SATISFAIT(E) ?

La plupart des rubriques sont à coter de :

 Très satisfait  Satisfait  Mécontent  Très mécontent

N'hésitez pas à vous faire aider par votre entourage pour compléter ce questionnaire. Le personnel de votre unité de soins peut également vous renseigner à ce sujet

De l'accueil

    NC⁽¹⁾

Dans les services administratifs (clarté des informations reçues, disponibilité du personnel, horaires de permanence...)

Dans l'unité de soins (remise du livret d'accueil, installation dans la chambre, présentation du service et des règles de fonctionnement...)

Réservé à votre entourage

(1) NC : non concerné

De l'information

    *

Délivrée dans le livret d'accueil

Sur la personne de confiance

Sur votre hospitalisation

Sur votre état de santé

Sur votre traitement médicamenteux

* Livret non remis

De la qualité de votre prise en charge

- Concernant les soins qui vous ont été dispensés
- Concernant la prise en compte de votre douleur physique
- Concernant l'attitude des professionnels du service à votre égard
- Concernant la préparation de votre sortie (RDV, ordonnance, information de vos proches...)



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

Du respect de vos droits

- Sur la confidentialité des informations vous concernant
- Sur votre consentement aux soins
- Sur votre intimité et votre dignité
- Sur vos croyances (religion)
- Sur l'accès au téléphone



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



Des conditions de votre séjour

- De votre chambre (confort, propreté...)
- De la qualité des repas (quantité, variété...)
- De l'accès à la Maison des Usagers



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

QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION (Entourez la case correspondant)

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

COMMENT VOUS SENTEZ VOUS PAR RAPPORT A VOTRE ADMISSION ?

- Beaucoup mieux* *Pareil* *Moins bien* *Je ne sais pas*

RECOMMANDERIEZ-VOUS LE CENTRE HOSPITALIER A VOS PROCHES ?

- Oui** **Non**



