

VOTRE AVIS NOUS EST PRÉCIEUX



Un grand merci pour votre collaboration : vos réponses nous permettent d'envisager les futurs axes d'amélioration de notre Centre Hospitalier et de perfectionner nos services.

MERCI de remplir au **stylo noir** les cases sur le modèle suivant : ■

Nom (facultatif) :

Date d'arrivée dans notre établissement :

Date du jour :

Service que vous évaluez :

VOTRE ACCUEIL

Votre avis sur l'accès aux locaux (signalisation, accessibilité...) ?
Votre avis sur l'accueil général dans le service ?



Non concerné

Votre avis sur les délais d'attente :

Au bureau des admissions
Aux urgences
En radiologie / au scanner



Non concerné

Avez-vous reçu le livret d'accueil ?
L'avez-vous lu ?

OUI

NON

VOTRE DROIT A L'INFORMATION

Vous a-t-on bien informé sur :

Votre état de santé ?
Les soins dispensés et les traitements médicamenteux ?
La prise en charge de la douleur ?
Vos résultats des différents examens réalisés ?
Le rôle de la personne de confiance ?
La démarche des directives anticipées ?
La charte du patient hospitalisé ?
L'existence des représentants des usagers ?



Non concerné

Quelle est votre satisfaction globale sur votre niveau d'information durant votre séjour ?



VOTRE SEJOUR

Le personnel s'est-il présenté à vous ?
A-t-on tenu compte de votre intimité (ex : portes fermées pendant les soins) ?
A-t-on recueilli convenablement votre consentement pour les soins et les examens (hors cas d'urgence) ?
Avez-vous eu la visite quotidienne d'un médecin ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

L'équipe était-elle :

Accueillante ?
A l'écoute ?
Disponible ?



Votre avis sur le transport entre les différents services de l'hôpital ?
Votre avis sur la qualité générale de votre séjour ?

				Non concerné
<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"/>

VOTRE SORTIE

Vous a-t-on remis et expliqué votre ordonnance de sortie ?
Vous a-t-on remis la lettre de liaison ?
Avez-vous pu échanger avec un médecin avant votre sortie ?
Avez-vous été aidé pour l'organisation de votre sortie (assistante sociale, aide à domicile, etc.) ?

				Non concerné
<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"/>

Êtes-vous globalement satisfait(e) de l'organisation de votre sortie?

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

LES PRESTATIONS HÔTELIÈRES

La chambre

Entretien
Confort
Niveau sonore de jour
Niveau sonore de nuit
Télévision
Téléphone

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

Restauration

Qualité
Quantité
Respect de votre régime

				Non concerné
<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"/>

Autres prestations

Bibliothèque
Cafétéria
Horaires de visite

				Non concerné
<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"/>

SATISFACTION GÉNÉRALE

Votre impression générale de l'établissement ?

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

Suggestions et remarques (axes à améliorer, points forts, etc.) :

L'équipe du CH de Sens vous remercie chaleureusement pour votre participation !

MERCI de nous remettre ce questionnaire, idéalement lors de votre sortie :
- auprès des personnels de votre service d'hospitalisation
- auprès du Bureau des Admissions, situé dans le hall d'accueil (niveau 0)

Vous pouvez aussi nous le retourner par courrier ou email :
- Centre Hospitalier Gaston Ramon - Direction - 1, avenue Pierre Coubertin - 89108 SENS Cedex
- usagers@ch-sens.fr

