

Commentaires généraux sur votre séjour



## **ENQUÊTE DE SATISFACTION**

### **DU SEJOUR**

*Votre avis nous intéresse !*

Le Centre Hospitalier de THUIR a le souci de vous accueillir dans les meilleures conditions possibles.

Pour nous y aider, vos remarques et vos suggestions nous sont indispensables.

Nous vous remercions de consacrer quelques instants pour remplir ce questionnaire. Vous pouvez le remettre à l'équipe soignante ou l'adresser par courrier à :

*Centre Hospitalier LEON-JEAN GREGORY  
Service Qualité  
BP22  
66301 THUIR Cedex*

Vous êtes :       un homme       une femme

Votre âge : .....

Nom et prénom (facultatif) : .....

**Unité d'hospitalisation** : .....

**Mois de sortie de l'unité** : .....

Vous êtes :       un patient       l'entourage du patient

Si vous êtes l'entourage ou le proche, ces questions sont destinées au patient mais vous pouvez y répondre ensemble.

Répondez-vous à ce questionnaire ?       seul(e)

avec un membre du personnel       avec un membre de votre entourage

Merci de votre participation

<b>VOS DROITS ET VOTRE INFORMATION</b>				
Votre mode d'hospitalisation à l'arrivée?	Hospitalisation libre <input type="checkbox"/>	Hospitalisation sans Consentement <input type="checkbox"/>		
Avez-vous été informé de votre mode d'hospitalisation et de vos droits ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
Avez-vous reçu le livret d'accueil ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
Connaissez-vous les modalités pour accéder à votre dossier ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
<b>Etes-vous satisfait :</b>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
<b>VOTRE ACCUEIL / VOTRE ARRIVEE</b>				
De l'accueil par le service de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VOTRE SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT</b>				
De l'écoute accordée par les soignants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations données : - par l'équipe médicale ? - par l'équipe soignante ?	<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 soins et des traitements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du soulagement de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de : - votre intimité ? - votre dignité ? - la confidentialité ?	<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"/>
De la propreté de : - la chambre ? - des locaux communs ?	<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 repas : - qualité ? - quantité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si peu ou pas satisfait, pourquoi ?				
Des activités proposées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si peu ou pas satisfait, pourquoi ?				

<b>VOTRE SORTIE</b>				
<b>Etes-vous satisfait :</b>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
De l'organisation de votre départ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations sur l'organisation des soins et traitements à poursuivre ? (nom du médecin, équipe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Sur une échelle de 1 à 10 (1 = mauvais ; 10 = très bon), diriez vous que nous avons été bienveillant (bienveillant, respectueux, prévenant,...) avec vous durant votre séjour ?</b>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pour une note inférieure à 7 pouvez vous nous indiquer ce que vous avez vécu de maltraitant ?										

<b>Appréciation globale de votre hospitalisation sur une échelle de 1 à 10</b>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Tournez la page svp →