

> QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Afin de vous fournir les meilleurs soins et le meilleur service possible, notre établissement a élaboré ce questionnaire pour que vous puissiez vous exprimer sur ce qui vous a satisfait ou non satisfait lors de votre prise en charge.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

En cas d'exploitation statistique, les données que vous aurez fournies seront rendues anonymes.

Si vous acceptez de vous identifier, la confidentialité de ce document est assurée dans le cadre du respect de la Charte du Patient Hospitalisé et du RGPD.

En effet, nous ne voulons pas que l'obligation d'avoir à vous identifier soit un obstacle à une réponse sincère aux questions qui vous sont posées. Si tel devait être le cas, nous préférierions encore que vous acceptiez de nous transmettre votre réponse, même en l'absence de toute identification vous concernant.

Nom :

Prénom :

Hôpital de Jour
Réadaptation Cardiaque

Hôpital de Jour
Réhabilitation Neurologique-Locomoteur-Brûlés

Cochez la case correspondant à votre réponse.
Si vous n'êtes pas concerné par certaines prestations, ne cochez pas de case.

L'accueil

Avez-vous trouvé un accueil agréable lors de votre entrée à l'hôpital ?	OUI	NON
---	-----	-----

Et plus particulièrement :	OUI	NON
• à l'Accueil-Standard		
• au Service des Admissions		
• dans l'Unité d'Hospitalisation de Jour		

Avez-vous des observations à formuler ?

La prise en charge

Les prises en charge médicale et paramédicale vous ont-elles satisfait ?	OUI	NON
--	-----	-----

Et plus particulièrement :	Non concerné(e)	OUI	NON
• en kinésithérapie			
• en ergothérapie			
• en orthophonie			
• en soins infirmiers			
• auprès de la psychologue / neuro-psychologue			
• en diététique			

Avez-vous des observations à formuler ?

Tournez la page SVP

L'information médicale

	OUI	NON
Etes-vous satisfait(e) de l'information médicale qui vous a été fournie en cours de prise en charge ?		
Cette information vous a-t-elle paru suffisante ?		

Avez-vous des observations à formuler ?

.....

La lutte contre la douleur

	OUI	NON
Avez-vous pris connaissance des informations qui vous ont été remises à votre arrivée sur la prise en charge de la douleur ?		
Avez-vous eu mal pendant votre prise en charge ?		
<i>Si oui :</i>		
• L'avez-vous signalé ?		
• Votre douleur a-t-elle été mesurée ? (Note de la douleur sur une échelle de 0 à 10)		
• Le traitement proposé a-t-il été efficace ?		
Par rapport à la prise en charge de votre douleur, êtes-vous satisfait ?		

Avez-vous des observations à formuler ?

.....

Le personnel

	OUI	NON
Le personnel s'est-il montré à votre égard aimable ?		
Le personnel s'est-il montré à votre égard poli ?		
A-t-il respecté votre intimité ?		
A-t-il respecté les règles de confidentialité ?		

Avez-vous des observations à formuler ?

.....

Le confort

Etes-vous satisfait(e) :	OUI	NON
• des locaux (plateaux techniques, vestiaires, sanitaires) ?		
• du confort de la salle de repos ?		
• de la température des locaux ?		
• du niveau de bruit ?		
• de la propreté des locaux ?		
• du cadre extérieur ?		

Avez-vous des observations à formuler ?

.....

Dans l'ensemble vous êtes...

très satisfait(e)	
satisfait(e)	
moyennement satisfait(e)	
mécontent(e)	
sans remarque particulière	

Avez-vous des observations à formuler ou des suggestions à faire afin d'améliorer la qualité du service rendu ?

.....

.....

Hyères, le

Signature