



Questionnaire de sortie des services de Médecine et SSR

Madame, Monsieur,

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 lors de votre séjour.

Si vous acceptez de vous identifier, la confidentialité de ce document est assurée dans le cadre du respect de la charte de la personne hospitalisée.

Merci d'indiquer votre choix en cochant une case et une seule par question puis de remettre ce questionnaire lors de votre sortie, dans la boîte prévue à cet effet auprès du bureau d'accueil au de la salle de soins du service de médecine..

Date de votre sortie:

VOTRE ACCUEIL

Accueil administratif et qualité de l'information

excellent	bon	moyen	mauvais

Dans le service d'hospitalisation

Présentation du personnel et du fonctionnement du service

oui	non

Observations:

VOS SOINS

Qualité des soins reçus de jour

Qualité des soins reçus de nuit

excellente	bonne	moyenne	mauvaise

Observations:

QUALITE DE L'INFORMATION MEDICALE

Sur votre état de santé (vous et votre entourage)

Sur vos traitements et résultats d'examens

Sur vos soins

excellente	bonne	moyenne	mauvaise

Observations:

LE PERSONNEL

Relations avec le personnel

Ecoute et réponses à vos attentes

Respect de votre intimité

Respect des règles de confidentialité

Disponibilité des soignants

excellent	bon	moyen	mauvais

Observations:

VOS REPAS

Qualité et présentation des plats
 Quantité des plats
 Température des plats
 Qualité du service
 Aide au repas

excellent	bon	moyen	mauvais

Observations:

VOTRE CHAMBRE

Propreté de votre chambre et des sanitaires
 Propreté du linge fourni par l'hôpital
 Equipement de votre chambre
 Calme et tranquillité

excellente	bonne	moyenne	mauvaise

Observations:

SERVICES PROPOSES

Téléphone et location de la télévision
 Signalisation pour circuler dans l'hôpital
 Services proposés (transports, culte, ...)
 Facilités offertes à la famille (repas, lit...)

excellente	bonne	moyenne	mauvaise

Observations:

VOTRE SORTIE

Information sur votre sortie (traitements, date...)
 Organisation de votre suivi médical
 Formalités administratives de votre sortie

excellente	bonne	moyenne	mauvaise

très satisfait	Satisfait	moyenne ment satisfait	Pas du tout satisfait

Globalement de votre séjour, vous êtes

Observations:

Ce questionnaire a été rempli par ?

Le patient

La famille

Avec une autre personne

Vos coordonnées (facultatif)

Nom:

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Nous vous remercions d'avoir contribué par vos réponses à notre volonté d'améliorer la qualité du service public hospitalier.