

Votre avis nous intéresse

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire anonyme en cochant la case qui correspond le mieux à votre opinion pour chacune des questions, en respectant les consignes suivantes de remplissage :



Ce questionnaire a pour but d'évaluer et d'améliorer la qualité de votre prise en charge.

Pour les patients de pédiatrie, ces questions concernent la prise en charge de l'enfant et non celle de l'entourage.

Service d'hospitalisation :

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie vasculaire | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Gynécologie | <input type="checkbox"/> Hôpital de jour - médecine ambulatoire |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique | <input type="checkbox"/> Soins de suite et de réadaptation | <input type="checkbox"/> Surveillance Continue | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie digestive | <input type="checkbox"/> Médecine Interne | <input type="checkbox"/> Urgences-Hospitalisation de courte durée | |

Nom-Prénom (facultatif) : _____

Date de sortie : 

Votre entrée a-t-elle eu lieu : par les urgences par le bureau des admissions

1. Diriez-vous que l'accueil est :

	Excellent	Bon	Passable	Mauvais	Non concerné
au bureau des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à l'accueil administratif des urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Trouvez-vous que les délais d'attente dans le service (visite médicale, soins, aides...) sont :

Très courts	Courts	Longs	Très longs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Pouvez-vous identifier les fonctions des différents professionnels ?

Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Etes-vous satisfait(e) du comportement du personnel (amabilité, disponibilité, discrétion, efficacité...) ?

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)
Paramédicaux et agents de service de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paramédicaux et agents de service de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Diriez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité, sont :

Excellentes	Très bonnes	Bonnes	Mauvaises
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6. Diriez-vous que les soins sont :

Excellents

Bons

Passables

Mauvais

7. Diriez-vous que l'information donnée par les médecins (état de santé, soins, médicaments...) est :

Excellente

Bonne

Passable

Mauvaise

8. Concernant le bloc opératoire, si vous avez été opéré(e), que pensez-vous :

	Excellent	Bon	Passable	Mauvais	Non concerné
du brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accueil au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en charge par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Comment jugez-vous la prise en charge de votre douleur ?

Excellente

Bonne

Passable

Mauvaise

Non concerné

10. Etes-vous satisfait(e) de votre chambre d'hospitalisation :

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Pas du tout satisfait

11. Etes-vous satisfait(e) des repas :

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)
Qualité gustative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité servie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la prise du repas (si besoin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Etes-vous satisfait(e) de l'information donnée pour l'organisation de votre sortie (suffisante, pertinente) ?

Très satisfait(e)

Satisfait(e)

Peu satisfait(e)

Pas du tout satisfait(e)

13. Sur l'ensemble de votre séjour au Centre Hospitalier d'Arcachon, êtes-vous :

Très satisfait(e)

Satisfait(e)

Peu satisfait(e)

Pas du tout satisfait(e)

14. Sur une échelle de 0 à 10, recommanderiez-vous cet établissement ?

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

15. Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

A déposer dans la boîte aux lettres dédiée au niveau du secrétariat du service ou dans le hall d'accueil

